

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Educação de Portalegre

Dissertação de Mestrado em Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco

**OS DOCENTES NAS EQUIPAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE NO
DISTRITO DE PORTALEGRE**

Maria Manuel Fioravanço

Orientador: Professora Doutora Elisabete Mendes

Fevereiro 2014

AGRADECIMENTOS

Esta caminhada chegou ao fim, mas para aqui chegar muitos foram aqueles que estiveram ao meu lado, e aos quais quero agradecer.

Agradeço aos meus filhos e ao meu marido pela paciência que demonstraram, nos dias em que as coisas corriam menos bem, pelo tempo que me disponibilizaram para que me pudesse dedicar à realização deste trabalho e pelo incentivo à sua concretização.

Agradeço à minha afilhada, sobrinho, cunhado e irmã, que aliviaram um pouco o fardo que, em certos dias, era demasiado pesado para mim, sem eles teria sido difícil levar esta jornada até ao fim, obrigado.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Elisabete Mendes, pela ajuda, pela disponibilidade e carinho com que sempre me recebeu, pela orientação nos momentos onde reinava a desorientação e o desespero e pelos seus conhecimentos científicos que esclareceram as minhas dúvidas.

Aos docentes das Equipas Locais de Intervenção que colaboraram neste estudo, ao Núcleo de Supervisão Técnica, a todos os coordenadores que me receberam, em especial à Doutora Ana Cardoso, pelas explicações e pelo tempo que me disponibilizou sempre que necessitei, muito obrigado.

Agradeço, também, aqueles que de forma indireta contribuíram para que esta caminhada chegasse ao fim.

A todos muito obrigado.

RESUMO

O presente estudo pretende caracterizar as práticas de Intervenção Precoce na Infância, designadamente no que diz respeito ao papel dos docentes nas Equipas Locais de Intervenção, bem como no que concerne às práticas implementadas nos vários contextos de atuação, em que apoiam as crianças e suas famílias.

Participaram neste estudo exploratório 12 docentes, os quais integram cinco equipas a atuar na área da intervenção precoce no distrito de Portalegre, e os cinco coordenadores das respetivas equipas.

Ao longo dos anos, foram notórios os avanços alcançados neste domínio de intervenção, que resultaram de um conjunto de influências conceptuais, nomeadamente no que se refere à intervenção centrada na família.

Os resultados apontam no sentido de os docentes e coordenadores terem como paradigma de atuação as práticas internacionalmente recomendadas. Contudo manifestam dificuldades na sua implementação, nomeadamente nas interações com as famílias, reportando-as às lacunas que existem na sua formação, inicial e especializada. A mobilidade dos docentes também é apontada como fator de instabilidade que pode colocar em causa uma intervenção verdadeiramente eficaz, defendendo-se a implementação de políticas que permitam uma maior estabilidade na colocação dos docentes nas equipas locais de intervenção precoce.

Palavras-chave: Equipas de Intervenção Precoce; Papel dos Docentes; Boas Práticas

ABSTRACT

This study aims to characterize the Early Childhood Intervention practices, particularly with regard to the role of teachers in the Local Intervention Teams, as well as in regard of the practices implemented in different contexts in supporting children and their families.

This study has the participation of 12 teachers, which comprise five teams working in the area of early childhood intervention in the district of Portalegre, and the five coordinators of the respective local teams.

Over the years, there was a notable progress in this domain, which resulted from a set of conceptual influences, particularly with regard to family-centered intervention. The results point out that teachers and coordinators have as paradigm of action the internationally recommended practices. However they reveal difficulties in its implementation, in particular regarding the interactions with families, due to the gaps that exist in their initial and specialized training. Teacher mobility is also indicated as a factor of instability that could jeopardize an effective intervention, arguing for the implementation of policies that enable greater stability in the placement of teachers in early intervention teams.

Keywords: Early Intervention Teams; Role of Teachers; Best Practices

ABREVIATURAS

IPI - Intervenção Precoce na Infância

IP - Intervenção Precoce

PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce

ELI - Equipa Local de Intervenção

DSOIP - Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica

CRSSL - Centro Regional de Segurança Social de Lisboa

COMP - Centro de Observação Médico-Pedagógico

NEE - Necessidades Educativas Especiais

ECAE - Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos

SNIP - Serviço Nacional Intervenção Precoce

PEI - Plano Educativo Individual

ONG - Organização não Governamental

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

APPACDM - Associação Portuguesa do

CPCJ - Comissão Proteção Crianças e Jovens

RSI - Rendimento Social Inserção

EBR - Entrevistas com Base nas Rotinas

ICF - Intervenção Centrada na Família

CC - Comissão de Coordenação

SCR - Subcomissão de Coordenação Regional

NST - Núcleos de Supervisão Técnica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	10
CAPITULO I	
1. PERSPETIVA HISTÓRICA DA INTERVENÇÃO PRECOCE.....	10
1.1 CONCEITO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA	12
1.2 EVOLUÇÃO DOS MODELOS E DAS PRÁTICAS.....	16
1.3 PRÁTICAS PRECONIZADAS	32
CAPITULO II	
1. INTERVENÇÃO PRECOCE EM PORTUGAL	34
1.1 ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO EM PORTUGAL.....	35
1.2 MODELOS ATUALMENTE IMPLEMENTADOS EM PORTUGAL.....	41
1.3 PAPEL DOS PROFISSIONAIS EM INTERVENÇÃO PRECOCE.....	43
CAPITULO III	
1. INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA NA EUROPA	48
1.1 GRUPOS ALVO DA IPI	48
2. QUESTÕES DE ELEGIBILIDADE.....	52
2.1. INTERVENÇÃO PRECOCE E CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO ..	53
2.1.1 FATORES DE RISCO.....	54
2.1.1 FATORES DE PROTEÇÃO.....	56
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	58
CAPITULO I	
1. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	58
2. MÉTODO	59
2.1.PROCEDIMENTOS	59
2.2.INSTRUMENTOS	60
2.3.PARTICIPANTES	62
2.4 ANÁLISE DOS DADOS	62
CAPÍTULO II	
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	65

1. VISÃO DOS COORDENADORES	65
1.1. CARACTERIZAÇÃO GLOBAL DAS EQUIPAS	65
1.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA	67
1.3. COORDENAÇÃO INTERSERVIÇOS	68
1.4. AVALIAÇÃO DAS CRIANÇAS	69
1.5. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	71
1.6. RELACIONAMENTO, ACONSELHAMENTO E SUPORTE	72
1.7. FORMAÇÃO E SUPERVISÃO	73
1.8. AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO PROGRAMA	74
1.9. OPINIÃO SOBRE AS PRÁTICAS	75
2. VISÃO DOS DOCENTES	76
2.1. AVALIAÇÃO DAS CRIANÇAS	76
2.2. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE	79
2.3. AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO PROGRAMA	84
CAPITULO III	
1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	89
CONCLUSÕES	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	102

INTRODUÇÃO

Foi nos anos 80 do século XX, que se começou a verificar um crescente interesse pela intervenção precoce em Portugal, nomeadamente no empenho demonstrado por entidades oficiais e particulares no que concerne à organização de serviços de atendimento e apoio a acrianças com incapacidades ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e respetivas famílias. Foi conferindo aos primeiros anos de vida da criança uma importância fundamental, desta forma distinguiu-se a necessidade de intervenção o mais precoce possível. Nos anos 90 a intervenção precoce ganhou uma nova dinâmica ao ser publicado o primeiro normativo legal, Despacho Conjunto nº891/99, no qual emerge uma nova forma de intervenção que enfatiza a família como centro da intervenção, a interdisciplinaridade e a colaboração dos vários serviços envolvidos designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social.

Posteriormente, com o intuito de se solucionarem algumas lacunas deixadas pelo referido normativo legal, é publicado o Decreto - Lei 281/2009 no qual é criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, cuja missão é garantir que a Intervenção Precoce na Infância seja encarada como um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na família e na criança, e onde são incluídas ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da ação social, da saúde e da educação.

O nosso interesse pela intervenção precoce no distrito de Portalegre, prende-se principalmente em conhecermos, mais de perto, as práticas dos docentes das equipas locais de intervenção no que concerne às práticas centradas na família.

O interesse pessoal, nesta área, prende-se com o facto de que enquanto Educadora de Infância, deparei-me com várias situações de crianças em risco, quer de risco estabelecido quer de risco ambiental, e não perceber muito bem como funcionavam os apoios educativos, nomeadamente no que concerne aos modelos teóricos internacionalmente recomendados e às práticas desenvolvidas pelos docentes para darem resposta às necessidades da criança, em relação à família almejou-se verificar qual era o seu papel em todo o processo de intervenção. Acredito que o que senti deve ser comum a muitas Educadoras de Infância, uma vez que na nossa formação inicial, não recebemos formação na área da Intervenção Precoce na Infância, ao fazer o Mestrado em Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco, vi uma oportunidade

de conhecer de perto as práticas implementadas pelas equipas locais de intervenção, do distrito de Portalegre, especificamente as práticas dos docentes que as constituem.

O trabalho de investigação que passamos a apresentar sob o título "Os docentes nas Equipas de Intervenção Precoce em Portalegre", está organizado em duas partes, a primeira inclui o enquadramento teórico do estudo e a revisão da literatura e a segunda o estudo empírico.

A primeira parte é constituída três capítulos, no primeiro explicitamos a perspetiva histórica da intervenção precoce, nomeadamente nas fases pelas quais passou com o objetivo de se envolverem cada vez mais as famílias nos programas de intervenção precoce. Em seguida apresentamos, de acordo com diversos autores, o conceito de intervenção precoce na infância e fazemos uma explanação de algumas teorias do desenvolvimento humano, principalmente aquelas que tiveram maiores implicações na área da intervenção precoce: o modelo transacional e o modelo ecológico do desenvolvimento humano. Por último abordam-se os modelos que enquadram as práticas internacionalmente recomendadas em intervenção precoce na infância, nomeadamente o modelo de intervenção centrado na família e a transdisciplinaridade do trabalho em equipa.

No segundo capítulo, apresentamos num primeiro ponto o enquadramento teórico relativo à evolução da área da intervenção precoce em Portugal, nomeadamente a partir dos anos 60, quando começam a existir programas de atendimento a crianças com necessidades especiais no nosso país, até aos dias de hoje onde temos assistido ao aumento dos programas de intervenção precoce na infância. No segundo ponto, apresentamos a análise da legislação portuguesa, relativamente ao domínio da intervenção precoce na infância. No terceiro ponto faz-se a referência aos modelos de intervenção, que são atualmente implementados em Portugal. Por fim, o ultimo ponto deste capítulo, aborda as mudanças no papel dos técnicos/equipas que atuam na área da intervenção precoce, de forma a atuarem de acordo com o que é preconizado internacionalmente como boas práticas e preconizado na legislação portuguesa.

O terceiro capítulo deste trabalho aborda, num primeiro ponto, a intervenção precoce na infância na Europa, onde incluímos os grupos alvo da intervenção em vários países, em seguida expomos a situação em Portugal. No segundo ponto explicitamos as questões de elegibilidade, que enquadram as situações das criança e famílias a serem apoiadas pelas equipas, designadamente risco biológico, estabelecido e ambiental. Para finalizar, fazemos referência aos fatores de proteção, que são considerados recursos

pessoais e sociais que podem atenuar ou anular o impacto que os fatores de risco podem causar.

A segunda parte do trabalho diz respeito ao estudo empírico, no primeiro capítulo expomos num primeiro ponto os objetivos da investigação. No segundo ponto descrevemos o método utilizado para a recolha de dados, os procedimentos, os instrumentos, os participantes e por fim a análise dos dados.

No segundo capítulo explanamos a apresentação dos resultados, tendo em conta a visão dos coordenadores e dos docentes que participaram no nosso estudo.

Finalmente, apresentamos as conclusões da nossa investigação e com o qual pretendemos ver respondidas as nossas questões de investigação, tendo em conta o estudo realizado fazem-se, também, algumas considerações sobre o desenvolvimento de futuras investigações para que as práticas de Intervenção Precoce na Infância, cada vez mais, vão ao encontro das necessidades das famílias e consequentemente das crianças.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO I

1. PERSPETIVA HISTÓRICA DA INTERVENÇÃO PRECOCE

Ao longo das décadas foram múltiplas e variadas as influencias que a educação de infância sofreu, designadamente, com o trabalho de alguns filósofos dos séculos XVII e XVIII, como é o caso de Comenius, Loke, Rousseau e Pestalozzi, assim como as alterações sociais que ocorreram ao longo século XX, nomeadamente as mudanças que se verificaram ao nível da estrutura familiar, a mudança de contextos rurais para contextos urbanos bem como, a necessidade económica que levou as mulheres a integrarem-se no mercado de trabalho, influenciaram o conhecimento sobre as crianças.

Apesar das alterações sociais já estarem a ocorrer, foi a Segunda Guerra Mundial o principal impulsionador dessa mudança pois, esta levou muitos homens para longe das suas famílias o que obrigou as mulheres a trabalhar fora de casa, tendo que deixar os seus filhos aos cuidados de outras pessoas. Outro aspeto que influenciou o nosso conhecimento sobre as crianças foi a investigação, nomeadamente a investigação do desenvolvimento da criança que viria a mostrar a importância que os primeiros anos de vida têm no ciclo de desenvolvimento da vida humana (Serrano, 2007).

Tal como aconteceu com a educação de infância, também a educação especial se inicia e encontra raízes em alguns pensadores europeus nos séculos XIX e XX, entre eles podemos destacar Itard, Edward Seguin e Maria Montessori. Todos eles acreditavam na educação de crianças com necessidades educativas especiais (NEE). Deste então, muitos foram os que se empenharam no reconhecimento dos direitos dos indivíduos portadores de deficiência, nomeadamente investigadores, professores, pais, e políticos.

Apesar de todos os esforços daqueles que defendiam esta causa, só na década de 60 do século XX se começou a dar realmente atenção a estes indivíduos. É nesta década, que a preocupação efetiva com o bem-estar das crianças com necessidades educativas especiais surge nos EUA por pais, profissionais e políticos influentes que viriam a contribuir para as mudanças de atitudes relativamente às crianças com NE.

Estas mudanças deram origem a uma nova política pública que estimulava a investigação e o desenvolvimento de programas de intervenção precoce (Serrano, 2007).

Um dos primeiros programas de intervenção precoce na infância (IPI) que surgiu nos EUA foi o programa "Head-Start", este foi um programa que visava o desenvolvimento da 1ª infância à qual garantiu educação, saúde e serviços sociais às crianças carenciadas economicamente e respetivas famílias. Este programa tinha como principais objetivos a educação, a saúde, serviços sociais e a colaboração dos pais.

Na década de 70 os programas "Home-Start", que são semelhantes aos anteriores no entanto, eram desenvolvidos no domicílio das crianças e cujo principal objetivo era valorizar as competências maternas e familiares, ou seja, pretendia-se ensinar às mães a cuidar dos seus filhos no seu ambiente. Desta forma, com estes programas o enfoque da intervenção deixava de ser exclusivamente a criança e passavam a ser os pais, criando condições para aumentarem as suas competências parentais de forma a interagirem mais positivamente com os seus filhos, colaborando assim na continuidade da intervenção (Simões, 2003/2004).

É esta mudança, que demorou sensivelmente uma década, da intervenção centrada na criança para a intervenção centrada na família, o movimento mais revolucionário da IPI nos EUA que, conseqüentemente, veio dar origem a uma alteração na forma dos profissionais trabalharem com os pais que se tornaram assim participantes ativos da intervenção. No entanto, só em 1986 com a aprovação da Lei Pública 99-457 é que a criança e os seus pais ou os seus cuidadores, se tornaram recetores e mediadores dos serviços de IP, isto é, a sua importância na participação do processo de intervenção foi finalmente reconhecida do ponto de vista legal (Serrano, 2007).

De acordo com Guralnick (1998, citado por Tegethof, 2007), a promulgação desta Lei Pública (99-457) não só assegurou os serviços às crianças em idade pré-escolar, como também originou novos programas direcionados a crianças dos 0 aos 3 anos de idade com alguma deficiência ou incapacidade, estendendo-se às crianças em risco biológico e ambiental.

Esta lei também veio dar ênfase aos conceitos de família, à coordenação dos serviços e dos recursos da comunidade, bem como a estimulação à parceria entre a família e os profissionais. Verifica-se assim, que esta legislação esteve no alicerce do desenvolvimento de um sistema moderadamente coordenado, na existência de profissionais competentes bem como num número cada vez maior de programas de intervenção sofisticados, que sugeriam a existência de recursos e apoios, que embora não fossem os ideais pareciam ser suficientes no sentido das famílias beneficiarem, pelo menos a curto prazo, dos resultados da IP.

Em suma, se fizermos uma pequena retrospectiva, de acordo com Simeonsson e Bailey (1990, citados por Serrano, 2007), quando analisamos a evolução histórica da participação e envolvimento dos pais no campo das NE dos seus filhos, podemos destacar quatro fases distintas: a primeira situa-se nos anos 50 do século XX, na qual os pais tinham um papel mais passivo enquanto os profissionais concebiam e implementavam os programas, quer em locais próprios quer no domicílio.

A segunda fase tem início nos anos 70 do mesmo século, onde tanto pais como técnicos sentem a necessidade de se envolverem mais ativamente nos programas dirigidos às crianças. Após a aprovação de várias leis, este pressuposto só seria reconhecido e formalizado pela lei americana em 1975, através da Lei Pública 99-142 (lei para a educação de todas as crianças com necessidades educativas especiais).

A terceira fase surge simultaneamente ao aumento do envolvimento parental, sendo reforçada a sua participação e envolvimento na intervenção. Nesta fase, aposta-se na formação dos pais bem como de outros membros da família e muitos profissionais concordavam que os pais deveriam trabalhar como professores no entanto, e apesar do envolvimento familiar ir aumentando, a intervenção continuava a estar unicamente centrada na criança.

A quarta fase verifica-se na década de 80 do século XX, nesta fase, e devido aos programas de IP que vão surgindo, percebe-se que tanto a criança como a família necessitam de serviços e são alvos da intervenção (Serrano, 2007).

Com base na mesma autora, constatamos que durante estas fases o objetivo do envolvimento familiar na IP, é o de criar condições aos pais para se tornarem competentes e capazes colocando à sua disposição recursos da comunidade, quer formais quer informais, de forma a tornar positiva a educação e o desenvolvimento das suas crianças portadoras de deficiência ou em risco.

1.1 CONCEITO DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

Tradicionalmente, a intervenção precoce na infância (IPI) tinha como principal e exclusivo objetivo a criança que estava em risco ou que demonstrasse atrasos no desenvolvimento. Desta forma, o trabalho dos profissionais de IP, baseava-se na identificação dos fatores que estavam associados ao risco de um eventual ou contínuo atraso no desenvolvimento e em criar e implementar intervenções com o objetivo de

atenuar e diminuir o impacto desses fatores no desenvolvimento futuro da criança (McWilliam, Winton & Crais, 2003).

Verificou-se assim, que grande parte do trabalho realizado pelos profissionais visava desenvolver instrumentos de avaliação e currículos, que fossem apropriados a bebés e crianças em idade pré-escolar. Também a importância da família desde sempre se tem feito sentir na IPI pois como são considerados hoje em dia, também no passado, os pais são/eram os primeiros e os mais marcantes educadores dos filhos, no entanto e, apesar de tudo, os profissionais continuavam a ser encarados como especialistas na identificação das necessidades das crianças, bem como no planeamento de estratégias de intervenção junto das mesmas. Aos pais era fornecida formação e indicação para seguirem as orientações dadas pelos profissionais durante o desenvolvimento das intervenções, com esta prática verificava-se que apesar dos profissionais trabalharem com os pais a atenção continuava a ser a criança (Turnbull & Winton, 1984, citados por McWilliam, Winton & Crais, 2003).

Segundo Dunst (2000, citado por Tegethof, 2007), com o aparecimento das perspetivas sistémicas, bioecológicas e transacionais abriu-se caminho a uma nova geração de programas de IPI. Verificou-se uma evolução gradual de programas centrados na criança com práticas, na maior parte das vezes, monodisciplinares e fragmentadas para programas centrados na família que viriam a integrar gradualmente a comunidade como terceiro parceiro da intervenção. Ao mesmo tempo, a prestação de serviços progrediu para práticas interdisciplinares e transdisciplinares, que se apoiavam na colaboração entre os serviços e os recursos da comunidade e, também, na prestação de serviços nos contextos naturais de vida das crianças e das famílias. Desta forma, podemos definir intervenção precoce como:

As experiências e as oportunidades do quotidiano que são apresentadas pelos pais e outros prestadores de cuidados aos bebés, crianças em idade de creche e crianças em idade pré-escolar no contexto de atividades de aprendizagem que ocorrem naturalmente no quotidiano e que pretendem promover a aquisição e o uso, por parte das crianças, de competências comportamentais que moldem e influenciem as interações pró-sociais com pessoas e materiais (McWilliam, 2012, p. 75).

Encaramos hoje a IPI, como um conjunto de apoios e serviços, que podem ser aplicados em distintos contextos no qual o seu desenvolvimento é feito com base numa parceria com a família e cujos objetivos visam a promoção do desenvolvimento das

crianças pequenas com deficiência ou algum tipo de incapacidade, crianças com atraso ou em risco grave de atraso no desenvolvimento e ainda a melhoria da qualidade de vida das crianças bem como das respetivas famílias (Tegethof, 2007). De acordo com esta autora, atualmente nas definições de IPI existe uma clara inspiração sistémica e ecológica, ao considera-la como: *"um conjunto de serviços desenvolvidos em parceria com a família, visando promover o seu bem-estar e o da criança, que pode ter o seu desenvolvimento ameaçado devido a factores biológicos ou ambientais"* (Thurman, 1997, citado por Tegethof, 2007, p. 68).

A mesma fonte sugere ainda outra definição de IPI, com base em outros autores, nomeadamente Russell (2005) e da International Association for Early Intervention: *"A Intervenção Precoce é melhor conceptualizada como um sistema designado para apoiar os padrões de interacção da família que melhor promovem o desenvolvimento da criança e que optimizam o seu acesso a, e a sua utilização dos, serviços educativos e outros normalmente proporcionados às crianças da comunidade"*.

Já Dunst (1997) introduziu pequenas alterações à definição que propunha em 1985 para a IPI, ou seja substituiu os serviços por apoios e recursos e veio introduzir o conceito de redes bem como o papel das redes de suporte informal (Tegethof, 2007). Para Dunst, Trivette, & Jodry (1997) a intervenção precoce na infância define-se como:

"proporcionar apoios e recursos às famílias de crianças em idades precoces, através de actividades desenvolvidas pelos elementos das redes sociais de suporte formal e informal, que vão ter um impacto directo e indirecto sobre o funcionamento da criança, dos pais e da família" (Tegethof, 2007, p. 68).

A mesma autora refere também que esta definição apresentada por Dunst, Trivette, & Jodry (1997) é diferente de outras perspectivas de intervenção, pelo claro enfoque que aplica na promoção das competências parentais e familiares, sendo encarada como a principal estratégia de apoio à criança. Refere ainda, que esta definição abarca princípios do *processo*, ou seja, os apoios, os recursos, as experiências e as oportunidades que os membros das redes de apoio social proporcionam e princípios do *produto*, ou seja, a promoção das competências tanto da criança como da família.

Na mesma linha de pensamento, Dunst e Bruder (2002) consideram que a intervenção precoce se refere:

"(i) aos serviços, apoios e recursos necessários para responder às necessidades das crianças, incluindo actividades e oportunidades que visam incentivar a aprendizagem e o desenvolvimento da criança;

assim como, (ii) aos serviços, apoios e recursos necessários para que as famílias possam promover o desenvolvimento dos seus filhos, criando oportunidades para que tenham um papel activo neste processo” (Tegethof, 2007, p.365).

A esta definição, na qual a conceção de intervenção precoce surge como um conjunto de serviços, que têm como objetivo promover o desenvolvimento e o bem estar da criança enquanto membro de uma família, na qual ela também participa quer como agente, quer como alvo do processo de intervenção, junta-se analogamente a definição apresentada por Meisels e Shonkoff (2000):

“A Intervenção Precoce consiste num conjunto de serviços multidisciplinares proporcionados às crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, com o objetivo de: promover a sua saúde e bem-estar; promover competências emergentes; minimizar atrasos de desenvolvimento; remediar incapacidades existentes ou emergentes; prevenir a sua deterioração funcional; e promover a função parental adaptativa e o funcionamento do conjunto da família. Neste sentido, são proporcionados serviços individualizados de âmbito desenvolvimental, educacional e terapêutico às crianças, a par de um apoio às suas famílias planeado em conjunto” (Tegethof, 2007, p. 69).

Como salienta o autor, referido anteriormente, este conceito de intervenção precoce feito de uma forma abrangente e contextualizado, aponta para além da preocupação com o desenvolvimento cognitivo das crianças, típico dos programas iniciais de IP. Hoje em dia, a intervenção precoce compreende diferentes e variados programas que visam diferentes populações alvo, as quais apresentam diferentes e diversas características.

Também a European Agency for Special Needs Education (2005), sugere uma definição para a IPI:

“A IPI é um conjunto de serviços/recursos para crianças em idades precoces e suas famílias, que são disponibilizados quando solicitados pela família, num certo período da vida da criança, incluindo qualquer acção realizada quando a criança necessita de apoio especializado para:

- assegurar e incrementar o seu desenvolvimento pessoal;*
- fortalecer as auto-competências da família;*
- promover a sua inclusão social.*

Estas acções devem ser realizadas no contexto natural das crianças, preferencialmente a nível local, com uma abordagem em equipa multidimensional orientada para a família. ” (Pimentel; Gronita; Bernardo Marques & Matos; s/d, p. 8)

Após a apresentação dos vários conceitos preconizados por diversos autores, podemos considerar a intervenção precoce na infância como sendo um conjunto de apoios que podem ser prestados por uma rede articulada de serviços e recursos da comunidade onde a família habita. Estes serviços devem ser prestados sempre que seja detetada uma situação que coloque em risco, ou risco grave, o harmonioso desenvolvimento de uma criança.

1.2 EVOLUÇÃO DOS MODELOS E DAS PRÁTICAS

Com base na literatura, verificamos que a IPI progrediu e se modificou aos longos das décadas. Constatamos que embora no seu início estivesse centrada na criança a participação dos pais aumentava a eficiência dos programas (Serrano, 2007).

O mesmo autor refere, com base em Simeonsson (1996) e McWilliam & Crais (1996), que esta evolução tem como produto final uma base conceptual da IPI que se descreve como ecológico e sistémico. Esta transformação conceptual tem por base diversas áreas, entre elas o desenvolvimento infantil e a teoria dos sistemas familiares. Temos verificado, no decurso dos últimos cinquenta anos, e no aprofundamento dos nossos conhecimentos sobre crianças e bebés, que tal facto veio favorecer a IPI, o conhecimento que temos do desenvolvimento infantil, bem como a influência que o ambiente exerce sobre o seu desenvolvimento global, deu-nos condições de clarificarmos a importância das primeiras relações entre o prestador de cuidados e a criança, no desenvolvimento da mesma. Atualmente percebemos de que forma essas primeiras experiências tem influencia na saúde, de uma maneira geral, e no desenvolvimento global da criança em particular.

Todos estes pressupostos são vitais no campo da IP, pois estão na base do entendimento sobre os contributos dos vários fatores individuais que irão motivar o desenvolvimento global da criança, bem como identificar características nos padrões específicos de estímulos ambientais que poderão contribuir para esse mesmo desenvolvimento (Guralnick, 1997, citado por Serrano, 2007).

Guralnick (1997) salienta a importância que o contexto desempenha no desenvolvimento global da criança:

"Tiveram especial interesse os factores contextuais (e mais periféricos) relacionados com apoio social providenciado pela família, amigos e comunidade em geral; a disponibilização de recursos financeiros e materiais para as famílias, o grau de coerência familiar; o nível de

stress conjugal; e as práticas parentais e expectativas desenvolvimentais estabelecidas a partir de padrões intergeracionais e culturais." (p. 29).

Os fatores contextuais ligados às características individuais das crianças poderão condicionar os padrões de interação familiar e influenciar o desenvolvimento da criança. A fonte referida anteriormente identifica três padrões de interação familiar:

- "1. A qualidade da interacção entre pais e criança.*
 - 2. Até que ponto a família proporciona à criança as experiências adequadas nos ambientes sociais e físicos onde está inserida.*
 - 3. O modo como a família assegura a saúde e segurança da criança."*
- (p.29).*

Estes fatores de interação familiar são o suporte para os modelos atuais de desenvolvimento infantil. Assim, o mesmo autor sugere que, de acordo com Dunst (1996), nos anos 50 e 60 foram vários os contributos que se verificaram no âmbito do desenvolvimento infantil nomeadamente, a importância que os primeiros anos de vida de uma criança têm no seu desenvolvimento. Esses contributos deram origem a vários trabalhos de investigação que tinham por base a mudança de atitude, relativamente à forma como a criança era encarada bem como, ao seu desenvolvimento.

Os estudos apresentados fortalecem a importância das primeiras relações no desenvolvimento positivo das crianças, também nos auxiliam a entender as consequências que a IPI pode ter, quando as famílias estão de forma direta envolvidas no processo de intervenção. Através do crescente aumento do conhecimento que vamos tendo sobre o desenvolvimento da criança, verificamos que esse crescimento se vai agrupando em modelos sobre o desenvolvimento global da criança, desta forma, nos últimos anos, foram conceptualizados diversos modelos de desenvolvimento, que vieram a ampliar a importância do papel da IPI e na forma como esta deve ser implementada.

Tal como foi referido anteriormente, foram vários os modelos de desenvolvimento que foram surgindo ao longo das décadas que constituíram a base dos modelos mais recentes que determinaram a organização das futuras práticas. Desta forma, iremos debruçar-nos sobre modelos que influenciam as práticas atuais, como é o caso do modelo transacional do desenvolvimento apresentado por Sameroff (1975).

Neste modelo, era preconizada a ideia da influência de reciprocidade existente entre um organismo e o seu ambiente. Com este modelo, Sameroff e Chandler (1975),

vieram defender que os fatores biológicos e ambientais, isoladamente, não dariam para prever os resultados no desenvolvimento de bebés em risco elevado. Estes teóricos consideravam quer os contributos ambientais quer os biológicos mas, enfatizam que o impacto desses contributos é mútuo e que variam em função do tempo. Neste modelo verifica-se que quer as características da criança, quer as do seu ambiente se vão alterando, e que se vão influenciando umas às outras, ou seja, a criança modifica o seu meio assim como o meio modifica a criança (Serrano, 2007).

Podemos assim concluir que, o modelo transacional considera o desenvolvimento como um processo que se vai construindo, como consequência das interações contínuas, dinâmicas e bidirecionais que se vão estabelecendo entre a criança e as experiências que lhe são proporcionadas pelo seu meio, ou seja, pelas experiências que a família lhe proporciona e pelo seu contexto social. Assim sendo e dentro desta perspetiva, do modelo transacional, as situações em que as crianças se encontram em risco biológico ou social, suscetíveis de afetar o normal desenvolvimento durante os primeiros tempos de vida, podem ser minimizadas ou potencializadas através da influência do meio.

Serrano (2007) refere também, que os teóricos preconizadores do modelo, mencionam três importantes variáveis que afetam o desenvolvimento: mesótipo (características do ambiente), o genótipo e o fenótipo. Isto é, o genótipo diz respeito ao nível de organização biológico, que tem como função regular o desenvolvimento físico do indivíduo, o fenótipo apresenta a criança como indivíduo, com as características que lhe estão associadas assim como as mudanças que estas sofrem durante o processo de desenvolvimento. O conceito de mesótipo foi desenvolvido por Sameroff e está relacionado com a organização social que tem como função regular a forma como o indivíduo se adapta à sociedade e que se traduz nos padrões de socialização familiares e culturais. Constatamos assim que, de acordo com as circunstâncias, o comportamento da criança é consequência das transações existentes entre o fenótipo, o genótipo e mesótipo.

As ideias apresentadas pelo modelo transacional são de grande relevância no campo de IPI, ou seja, são o fio condutor das orientações das intervenções eficazes junto das crianças e respetivas famílias e ao mesmo tempo dão-nos a ideia de que os programas de intervenção não podem ser eficazes se as mudanças só forem comportadas pelas crianças, pois também as mudanças ambientais devem ser projetadas de forma a aumentar e melhorar as capacidades da criança (Serrano, 2007).

De acordo com Tegethof (2007) ao referir Sameroff (1995), Sameroff & Fiese (1990 e 2000) e Sameroff & MacKensie (2003), no que concerne à intervenção precoce, referem que este modelo envolve a identificação de objetivos e estratégias de intervenção. Sameroff separa de forma conceptual o efeito elicitado pela criança, a interpretação que os pais fazem e a atitude que tomam. Desta forma, o autor reconhece três categorias de intervenção, conforme seja suficiente uma mudança no comportamento da criança, nas perceções que os pais tem dela ou uma adaptação relativamente às competências parentais, para restituir uma boa regulação no que concerne ao desenvolvimento.

Há a referir também, que no modelo proposto por este autor destacada a consequência dos processos de regulação entre a criança, a família e os sistemas culturais. Assim, realça três níveis relativamente aos processos de regulação: macroregulações - que assinalam mudanças essenciais na experiência e tem continuidade durante um prolongado período de tempo, estas mudanças são substancialmente causadas por fatores culturais; miniregulações - têm o seu desenvolvimento no contexto familiar e são causadas principalmente pelas atividades de rotina, ou seja, são atividades que se repetem diariamente e a microregulações - são interações que surgem repentinamente e de forma automática entre a criança e o seu cuidador (Pimentel, 2005).

De acordo com este modelo e no que diz respeito à intervenção precoce, é um modelo teórico de referência com resultados importantes no que concerne à identificação de objetivos e estratégias de intervenção: *“as mudanças no comportamento são o resultado de uma série de trocas entre indivíduos no âmbito de um sistema partilhado, seguindo princípios reguladores específicos... Examinando as forças que minimizam a amplitude da intervenção e maximizam a sua eficiência”* (Sameroff & Fiese, 2000, citados por Pimentel; 2005, p. 32). Os mesmos autores apresentam três tipos de estratégias de intervenção:

- Remediação - que se reflete na introdução de alterações de uma situação identificada na criança, com o objetivo de esta vir a alterar o seu comportamento relativamente aos pais;
- Redefinição - está indicada quando o comportamento da criança é desajustado relativamente às regras familiares existentes. A intervenção tem como principal objetivo, facilitar as interações parentais focando-se nos pontos fortes da criança de forma a que os pais a encarem como um parceiro ativo nas interações;

•Reeducação - diz respeito à passagem de conhecimentos e competências aos pais e tem como objetivo capacitar os pais nos cuidados a prestar às crianças de uma forma adequada, quer nos cuidados básicos quer em cuidados específicos.

De acordo com Pimentel (2005), estas três estratégias de intervenção (três "R" da intervenção), são muito importantes para a intervenção precoce. Desta forma, relatamos o exemplo de uma criança que apresenta problemas orgânicos, com base em Sameroff e Fiese (2000), na qual estes autores mencionam que a estratégia de remediação teria com objetivo principal modificar as circunstâncias orgânicas da criança. Tal modificação permitiria que a criança ganhasse competências com o intuito de provocar, nos pais ou prestadores de cuidados, comportamentos mais adequados e eficaz. A estratégia de redefinição visaria mudar a forma como os pais percecionam a criança, de modo a centrar a sua atenção nos aspetos positivos que a criança apresenta o que iria fomentar uma interação mais adequada entre a criança e os pais. Enquanto a estratégia de reeducação, visaria alterar o comportamento dos pais em relação à criança, nomeadamente através da passagem de novos conhecimentos e competências aos pais, tendo em conta as características individuais da criança.

Assim sendo, verificamos que através de códigos culturais familiares assim como dos próprios pais, o desenvolvimento e o comportamento da criança são influenciados.

Podemos então verificar que, de acordo com Bairrão e Almeida (2003, p.16), o modelo transacional considera *"...que o desenvolvimento ocorre através de processos de interações recíprocas cada vez mais complexas, entre um organismo humano biopsicológico em evolução e as pessoas, objectos e símbolos do seu meio ambiente externo"*.

Um outro modelo teórico que influenciou as práticas atuais de envolvimento parental nas intervenções no campo da intervenção precoce, foi o modelo centrado na abordagem sistémica da família. Este modelo tem como base a teoria geral dos sistemas, exposto por Von Bertalanffy no qual, o autor refere que todos os sistemas vivos são constituídos por um grupo de elementos interdependentes, isto é, qualquer alteração ou mudança a que um dos elementos esteja sujeito, pode vir a afetar todos os outros (Correia & Serrano, 2000).

De acordo com Sameroff (1983, citado por Serrano (2007), para explicar o desenvolvimento foram utilizados três modelos distintos: o organicista, mecanicista e contextualista. Para os que defendem o modelo organicista, o ser humano apreende o

mundo de forma ativa e constrói o seu conhecimento através das interações que estabelece com a realidade, o oposto verifica-se no modelo mecanicista no qual, o ser humano apreende o mundo de forma passiva, ou seja, à medida que se defronta com situações reais por fim, o modelo contextualista, que salienta a importância do ambiente no desenvolvimento. Podemos incluir neste modelo os dois anteriores como é referido por Serrano (2007: p.37) ao citar Sameroff (1983): *Cada sistema existe num sistema de relações hierarquizadas e ambientais. A análise das interfaces hierárquicas combina quer os elementos organicista, quer os elementos mecanicistas.*

Estes trabalhos de investigação vieram reforçar a importância das relações primárias no desenvolvimento, o que alargou o campo de ação da IP particularmente no que diz respeito às relações próximas da criança, nomeadamente com a mãe e a família.

De acordo com vários autores, a explicação desta abordagem tem vindo a ser alargada às famílias das crianças com NEE desta forma, Turnbull e colaboradores (1986, citados por Correia e Serrano 2000 p.19), apresentam quatro componentes essenciais de forma a integrar os conceitos da teoria sistémica familiar e da educação especial:

- " 1. Recursos familiares, que consiste nos elementos descritivos da família, incluindo características das NEE (ex.: tipo e grau de severidade), características da família (ex.: tamanhos e formatos, backgrounds culturais, estatuto socioeconómico, localizações geográficas); e características pessoais (ex.: saúde, capacidade intelectual e formas de lidar com os problemas).*
- 2. Interação familiar, que se refere às interações que ocorrem entre os subgrupos de membros da família numa base diária e semanal. Estas relações e o processo de interação respondem às necessidades familiares individuais e colectivas.*
- 3. Funções da família, que representa as diversas categorias de necessidades da família, cuja responsabilidade de resposta cabe à mesma (ex.: económica, cuidados domésticos e de saúde, socialização, recuperação, afecto, identidade pessoal e educacional/vocacional). O objectivo das interações familiares é o de produzir respostas que vão de encontro às necessidades associadas com as diversas funções familiares.*
- 4. O ciclo de vida da família, que representa a sequência de mudanças desenvolvimentais e não desenvolvimentais que afectam as famílias. Estas mudanças alteram os recursos familiares (ex.: o nascimento de uma criança) e as funções da família (ex.: a mãe que para de trabalhar para ter mais tempo para cuidar dos filhos, o que economicamente acarreta mais limitações). E, por sua vez, estas mudanças influenciam a forma como a família interage."*

Também, segundo os autores mencionados anteriormente, é dever dos profissionais que trabalham com as famílias a compreensão clara destes quatro componentes, bem como da complexa interação entre eles e da influência que exercem em todos os elementos da família, ao fazerem as planificações de intervenção.

De acordo com a perspetiva sistémica social, a família é encarada com um todo social, no qual estão inseridas características e necessidades únicas, este todo social faz parte de um conjunto mais amplo de influências e redes sociais formais e informais, verificamos assim que estes elementos são interdependentes e influenciam-se mutuamente.

Desta forma, uma intervenção para ser bem sucedida deve incluir toda a família e não unicamente a criança, subentendendo-se a influência entre todos os elementos da família. Assim, os profissionais ao capacitarem e apoiarem a família como um todo, terão mais oportunidade de influenciar de forma positiva todos os seus elementos.

"As famílias constituem o elemento fundamental no desenvolvimento de crianças saudáveis, competentes e responsáveis. Sugerimos, contudo, que as famílias - todas as famílias - não poderão realizar esta função tão bem quanto desejam se não tiverem o apoio de uma comunidade forte, responsável, pois é o apoio da comunidade que fornece os suplementos formais e informais aos recursos da família (...)." (Hobbs e colaboradores 1984, citados por Correia e Serrano 2000, p.21)

Podemos assim perceber que apoiar e capacitar os pais no que concerne às repostas das necessidades da família, concede-lhes equilíbrio que lhes faculta uma maior disponibilidade de tempo, energia e recursos com o intuito de garantir o bem estar de todos os membros da família.

Tal como o modelo transacional e o modelo sistémico da família explanados anteriormente, também o modelo de ecologia do desenvolvimento humano preconizado por Bronfenbrenner, enfatiza que o desenvolvimento é a consequência da sucessão de interações entre a criança e os vários contextos onde está inserida, ou seja, o modelo ecológico é encarado como um sistema formado por subsistemas que estão relacionados entre si e interdependentes como *"uma série de estruturas encaixadas, umas dentro das outras, como um conjunto de bonecas russas"* (Bronfenbrenner; 2011, p.86). O referido autor sublinha que no nível mais profundo encontramos o ambiente imediato, no qual está o sujeito em desenvolvimento por exemplo, a casa ou a sala de aula. O segundo nível abrange para além dos contextos, as relações que se estabelecem entre eles, ou seja, as ligações que se estabelecem podem ser decisivas para o desenvolvimento,

quando os acontecimentos ocorrem no interior de determinado ambiente, a habilidade que a criança demonstra ao aprender a ler pode ser consequência da forma como esta é ensinada ou da existência e natureza dos laços estabelecidos entre a escola e a família. O nível seguinte refere-se à hipótese de que o desenvolvimento da criança é profundamente influenciado pelos acontecimentos que ocorrem em ambientes nos quais ela não está presente. Bronfenbrenner (2011) demonstrou, assim, a importância que tem, para o desenvolvimento humano, a inter-relação dos vários níveis ecológicos, criados como sistemas entrelaçados sugerindo assim quatro níveis ecológicos: microsistema, mesossistema, exossistema e o macrosistema. O autor descreveu o microsistema como sendo o ambiente, dentro do qual o sujeito se encontra em atividade num determinado momento da sua vida, ou seja, o conjunto de atividades, papéis e relações interpessoais, que o sujeito experimenta no contexto ou no espaço que está inserido. Podemos considerar o microsistema como o contexto domiciliário onde se incluem as relações estabelecidas entre os pais, as crianças, os irmãos e os outros elementos da família. Ao considerarmos um contexto educacional formal como é o caso da escola, no microsistema estão incluídas as relações entre os colegas e entre os adultos que fazem parte da instituição e a criança. Para Bronfenbrenner o microsistema é *"o complexo de relações entre a pessoa em desenvolvimento e o ambiente imediato dentro do qual ela está contida"* (Bronfenbrenner, 1977, citado por Bronfenbrenner, 2011, p. 23).

Relativamente ao mesossistema é apresentado como as interações entre dois ou mais contextos nos quais, o sujeito em desenvolvimento participa de forma ativa, ou seja, o mesossistema é um conjunto de microsistemas, contendo o cerne do desenvolvimento da criança num determinado período de tempo, segundo Bronfenbrenner (2011, p. 23) *"as inter-relações de vários ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento está inserida em um determinado período de sua vida"*.

No exossistema estão representados os contextos nos quais a criança não está diretamente envolvida como por exemplo o local de trabalho dos pais no qual a criança não participa de forma direta mas que vão influenciar o microsistema, ou seja, o exossistema é constituído pelos ambientes nos quais o indivíduo em desenvolvimento não está diretamente inserido, mas influencia o seu comportamento e desenvolvimento. Bronfenbrenner (2011, p. 23) definiu este sistema como *"uma extensão do mesossistema, abraçando [...] estruturas sociais específicas formais e informais que não contêm a pessoa em desenvolvimento, mas que influencia ou acompanha os*

ambientes imediatos no qual a pessoa se encontra e, portanto, delimita, afeta ou mesmo determina o que lá ocorre".

Por fim surge o macrosistema que abarca os sistemas anteriores e é formado pelas crenças, valores e ideologias de uma determinada sociedade nomeadamente, o governo e as políticas públicas. Este sistema influencia de igual modo as interações entre todos os outros níveis da ecologia do desenvolvimento humano.

Com este modelo constatamos que o desenvolvimento de uma criança deve ser entendido como produto de fatores inter-relacionados, que fazem parte dos diferentes contextos nos quais a criança e a família se movimentam diariamente. Os autores apontam também, que estes sistemas possuem uma natureza dinâmica, ou seja, uma ação num sistema irá refletir-se em outros níveis, o que irá fomentar mudanças de forma inesperada. Podemos assim concluir que o impacto que um acontecimento tem em qualquer um dos níveis se deve às transações recíprocas e contínuas que ocorrem entre os sistemas.

Deste novo modelo Bronfenbrenner salienta quatro componentes que se encontram interligadas: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo. O processo envolve formas específicas de interação entre o indivíduo e o meio; a pessoa abarca o conjunto de características biológicas individuais, cognitivas, emocionais e comportamentais; o contexto no qual o desenvolvimento ocorre e, por fim, o tempo que engloba os períodos em que o processo de desenvolvimento ocorre ao longo do ciclo da vida. São então estes quatro elementos apresentados por Bronfenbrenner que constituem o Modelo Bioecológico do desenvolvimento humano. (Bronfenbrenner, 2011).

O mesmo autor em colaboração com Morris (1998) apresentam uma definição para cada um dos componentes do modelo processo - pessoa - contexto - tempo. Para o processo os autores referem que:

(...) abrange formas particulares de interação do organismo com o ambiente, chamadas processo proximal, que operam ao longo do tempo e são situadas como os mecanismos primários que produzem o desenvolvimento humano. Contudo, a força desses processos para influenciar o desenvolvimento humano é presumida, e mostrada, por variar substancialmente como função das características da Pessoa em desenvolvimento, do Contexto tanto imediato quanto mais remoto e dos períodos de Tempo nos quais o processo proximal ocorre. (Bronfenbrenner e Morris 1998, citado por Bronfenbrenner, 2011, p. 25)

Desta forma, o desenvolvimento humano é agora definido segundo Pimentel (2005, p.41) que refere Bronfenbrenner & Morris (1998) como *"estabilidade e*

mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos ao longo da vida a ao longo das gerações"

Constatamos assim que este modelo assenta no propósito de que os fatores biológicos para além de imporem limites ao desenvolvimento humano também requerem o envolvimento da pessoa para que o seu potencial seja atualizado.

Inicialmente o modelo bioecológico de Bronfenbrenner representa a dinâmica das relações do desenvolvimento humano entre uma criança em desenvolvimento e o seu ambiente, ao evoluir o modelo vai incluir várias ideias com o propósito de promoverem uma visão dinâmica da relação do contexto/pessoa no processo de desenvolvimento humano.

Verificamos assim que os processos proximais aparecem aqui como os agentes centrais do desenvolvimento no entanto, são influenciados pelas características da criança em desenvolvimento, bem como pelos contextos próximos e distantes e o tempo em que acontecem.

Em suma, ao pensar-se numa intervenção, há que ter em conta algumas características do processo proximal, ou seja, para que o desenvolvimento ocorra a criança tem que estar envolvida numa determinada atividade, esta deve ser realizada de forma regular, durante períodos de tempo relativamente longos, de forma a tornar-se progressivamente mais complexa. Também o facto dos processos proximais não se limitarem apenas às interações com outras pessoas, mas incluírem interações com símbolos e objetos é necessário disponibilizar objetos atraentes que proporcionem exploração, manipulação e imaginação, com o intuito de promoverem o desenvolvimento global da criança. Constatamos assim que, segundo Bronfenbrenner (2011), as relações que se estabelecem entre uma pessoa em atividade e o contexto no qual ocorre e o multinível ecológico são os condutores do desenvolvimento humano.

Através da influência dos modelos transacional e ecológico nos quais, como já foi referido, se chama a atenção para a interdependência que existe entre a criança e os contextos onde realiza o seu desenvolvimento, surge a abordagem centrada na família nos trabalhos preconizados por Dunst e seus colaboradores (1988), no qual desenvolveram e promoveram a adoção de princípios centrados na família pelos profissionais de intervenção precoce. Neste modelo, as necessidades da família estão na base da prestação dos serviços, na relação entre os vários membros da família tanto os mais próximos como os da família alargada assim como, nas relações entre a família e a comunidade em que esta está inserida, estes são aspetos importantes no funcionamento

da família e desenvolvimento da criança, ou seja, a intervenção deve colocar o seu enfoque na ajuda prestada aos pais nomeadamente, na obtenção de serviços e capacidades de forma a facilitar a adaptação e o desenvolvimento tanto da família como da criança. Outro aspeto importante deste modelo diz respeito à identificação de necessidades e prioridades que possam fortalecer a família pois, o maior objetivo deste modelo de intervenção é melhorar o bem-estar da família como um todo (Serrano, 2007). De acordo com a mesma fonte, na intervenção centrada na família existem dois conceitos elementares - capacitar e corresponsabilizar:

"Capacitar" significa criar oportunidades para que TODOS os membros da família demonstrem e adquiram capacidades que sirvam para fortalecer o funcionamento da família.

"Co-responsabilizar" significa a capacidade que uma família tem de satisfazer necessidades e cumprir aspirações de modo a promover um claro sentido de domínio intrafamiliar e de controlo sobre aspectos importantes do funcionamento familiar. (Dunst, Trivette & Deal, 1988, citados por Serrano, 2007, p.41.)

As experiências oferecidas às famílias, com base nestes dois conceitos vão reforçar a família, uma vez que aumenta a autoestima dos seus elementos e, desta forma, os faz sentir que controlam determinados aspetos das suas vidas. Este sentimento surge quando a família acredita que é capaz, através da informação e das competências que possui na resolução de problemas, de enfrentar situações complicadas que surgem no seu dia-a-dia. Constatamos assim, que uma intervenção para ser eficaz deve promover experiências e oportunidades á família nomeadamente, envolve-la de forma ativa no processo de identificação e mobilização dos recursos que respondem às suas necessidades.

Ao longo do tempo o conceito, de práticas centradas na família, evoluiu no entanto, continua a conservar aquelas que nos anos 90 alguns autores indicavam como componentes básicas, como refere Tegethof (2007, p.147):

(i) considerar a família como a unidade de intervenção, ou seja, todos os elementos da família, com as suas preocupações e com as suas forças, devem ser elegíveis para a intervenção; (ii) apoiar e respeitar a tomada de decisões da família, condição indispensável para que esta possa ser parceira dos profissionais na intervenção; e (iii) prestar serviços que fortaleçam o funcionamento da família, de forma a que ela possa responder às suas necessidades e às dos seu filho.

Mais recentemente, e apesar de existirem algumas variações na definição das práticas centradas na família, McWilliam, Winton e Crais (2003, p.11) apresentam os princípios com os quais corroboravam: (i) *Encarar a família como a unidade de prestação de serviços*; (ii) *Reconhecer os pontos fortes de criança e da família*; (iii) *Dar resposta às prioridades identificadas pela família*; (iv) *Individualizar a prestação de serviços*; (v) *Dar resposta às prioridades, em constante mudança, das famílias*; e (vi) *Apoiar os valores e o modo de vida de cada família*.

Verificamos assim, que os princípios fundamentais se mantêm, isto é, a família como unidade de intervenção e a sua capacitação e responsabilização, a individualização da intervenção, o poder de decisão da família, a parceria entre a família e os profissionais, as respostas dos profissionais relativamente às preocupações e necessidades da família, disponibilizar-lhe toda a informação bem como respeitar a sua cultura e valores e, também, trabalhar com a família e comunidade com o intuito de desenvolver redes formais e informais de apoio de qualidade que a auxiliem de forma eficaz (Tegethof, 2007).

Podemos também constatar, de acordo com Correia e Serrano (2000) ao referirem Dunst (1995), que numa perspetiva sistémica social, a IP deve abarcar a prestação de serviços tanto à família como à criança, apoiando-se nos recursos formais e informais que existem na comunidade onde estão inseridos, para a capacitar e responsabilizar na satisfação das suas necessidades. Os mesmos autores apontam também outro aspeto deste modelo, quando mencionam Simeonsson & Bailey (1990), a intervenção consta na identificação e no estabelecimento de prioridades, relativamente aos apoios sociais que fortalecem o núcleo familiar. Apesar de tudo, o modelo só será eficaz se estiverem reunidos os seguintes pressupostos:

- *À partida as pessoas possuem já algumas competências, ou a capacidade de tornarem competentes.*
- *As falhas em demonstrar competências não são devidas a défices individuais, mas sim à falha dos sistemas sociais em criar oportunidades para que essas competências se manifestem.*
- *A pessoa que procura ajuda deve atribuir o comportamento de mudança às suas ações, para que possa adquirir um sentido de controlo sobre os problemas familiares que enfrenta.* (Dunst, Trivette & Deal, 1988, citados por Correia & Serrano, 2000, p.27)

Tal como é preconizado pelos autores anteriores, podemos também considerar, neste modelo, quatro elementos fundamentais de intervenção, avaliação e as relações que se estabelecem entre elas designadamente: a) *o comportamento de ajuda*; b) *as*

necessidades e aspirações da família; c) as formas de estar da família; d) os apoios e recursos.

O comportamento de ajuda diz respeito à promoção de experiências e oportunidades, dadas pelos profissionais às famílias de forma a capacitá-las e coresponsabilizá-las, tornando-as capazes de utilizarem eficazmente os recursos existentes na comunidade na resolução das suas necessidades e aspirações no entanto, para que tal aconteça, os referidos autores instituíram a ideia de que a avaliação e a intervenção necessitam conter três aspetos básicos: *as necessidades e aspirações da família; os estilos de funcionamento e formas de estar da família (valores e aspectos culturais); e, os recursos comunitários (i.e., apoios formais e informais)* (Correia e Serrano, 2000, p.27).

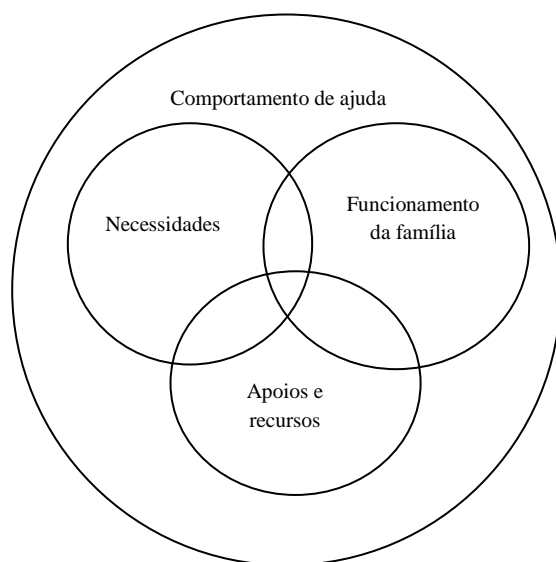


Figura 1- Quatro componentes principais das práticas centradas na família. (Correia & Serrano, 2000, p.82)

Vários autores salientam que, apesar da importância que é dada ao trabalho centrado na família este implica uma alteração nas atitudes dos profissionais, no entanto, esta tarefa tem-se mostrado difícil, tanto para os profissionais como para as famílias. As famílias estavam habituadas a um papel mais passivo e dependente, aos profissionais foi exigido uma mudança quanto à forma como encaravam o seu papel dentro dos modelos de intervenção tradicionais, isto implica não só aos atuais profissionais reformular a forma de trabalhar mas, também formação contínua e reorganização dos novos profissionais. A implementação de trabalho centrado na família obrigará que alguns profissionais se sintam na disposição de assumir papéis e responsabilidades, que tradicionalmente não faziam parte da sua função e que ao mesmo tempo adquiram novas capacidades que lhes permitam fazê-lo.

Tegethof (2007) com base nos estudos realizados por outros investigadores aponta algumas razões apresentadas pelos profissionais para o facto de considerarem difícil trabalhar segundo as perspetivas deste modelo: nenhuma ou pouca preparação para responder às questões complicadas e delicadas que se colocam às famílias; receio de ofender ou afastar as famílias; o facto de poderem não ter conhecimento relativamente aos recursos que existem na comunidade e que poderiam dar resposta às necessidades das famílias e, por outro lado, a convicção de que na comunidade não existem recursos para o fazer.

Verificamos assim, que não é fácil o trabalho centrado na família, é uma prática que exige muito da parte do profissional pois, a criança não pode ser esquecida no contexto da família, tornando-se muito importante encontrar equilíbrio entre: *(i) os objectivos e as prioridades dos profissionais e os das famílias; (ii) as necessidades dos pais e as das crianças; (iii) o reconhecimento das forças da criança e da família, mas, também, uma atenção às suas vulnerabilidades; e (iv) o "fazer para" as famílias, quando é absolutamente necessário, e o encorajá-las a fazer por si só* (Halpem, 2000 citado por Tegethof, 2007, p.151).

Desta forma, os profissionais que trabalham centrados na família, devem saber identificar as suas necessidades e aspirações, devem conhecer a forma como a família funciona, os valores, crenças e cultura bem como conhecer os seus pontos fortes e identificar fontes de apoio na comunidade, ou seja, devem ser reconhecidos os direitos das famílias que inclui o apoio dado pelos profissionais em todo o processo de tomada de decisões, no entanto para que a família seja capaz de tomar decisões tem que estar informada, sendo a informação a necessidade que as famílias mais procuram nos programas de intervenção precoce, é o que revela a maioria dos estudos segundo Duwa, Wells & Lalinde (1993), McWilliam (2003), referidos por Tegethof (2007). As informações mais procuradas pelas famílias dizem respeito ao problema e/ou deficiência apresentada pelo seu filho, ao desenvolvimento da criança, os recursos que se encontram à sua disposição tanto no presente como para o futuro, as atividades que podem realizar com a criança e a forma de lidarem com ela (McWilliam, 2003).

Com as investigações que se têm vindo a fazer, relativamente à evolução dos modelos e práticas utilizados em intervenção precoce, Dunst (2000) apresenta um modelo ao qual chama de terceira geração pois, considera que se devem incluir oportunidades de aprendizagem da criança, ajuda às funções parentais e apoio às famílias/comunidade.

As oportunidades de aprendizagem que encorajam o desenvolvimento da criança devem ser interessantes, envolventes (...). Os apoios às funções parentais incluem a informação, os conselhos e orientação que servem para solidificar os conhecimentos e capacidades dos pais, que promovem novas competências, necessárias para assumir responsabilidades relacionadas com a educação (...). Os apoios familiares e comunitários incluem qualquer tipo de recursos intrafamiliares, informais, formais e comunitários, necessários aos pais para que tenham tempo e energia para se envolverem em actividades parentais e educativas. (Dunst, 2000, citado por Serrano, 2007, p. 43,).

Podemos então verificar, que segundo este autor, neste modelo para além dos elementos básicos de cada dimensão, são consideradas também as intersecções entre as dimensões sobrepostas que devem ser tidas em consideração nas práticas centradas na família: as oportunidades de aprendizagem da criança devem ser interessantes de forma a envolve-las de forma ativa; o apoio parental inclui aconselhamento e orientação, ou seja, devem ser consolidadas as competências que já possuem e promover novas competências consideradas necessárias; o apoio familiar e comunitário deve conter qualquer tipo de recurso formal ou informal que a família necessite para levar a cabo a sua função parental; os estilos parentais e práticas de ensino que são o resultado da intersecção entre as oportunidades de aprendizagem da criança e o apoio aos pais; as atividades da família/comunidade são provenientes da intersecção entre as oportunidades de aprendizagem da criança e o apoio familiar e comunitário e que revelam os contextos de oportunidade de aprendizagem da vida da família e da comunidade e para finalizar a oportunidade de participação ativa que é o resultado da intersecção entre o apoio aos pais e o apoio familiar e comunitário que vem descrever as relações que os pais estabelecem com os elementos da rede formal e informal de apoio que influenciam fortemente as atitudes e comportamentos parentais.

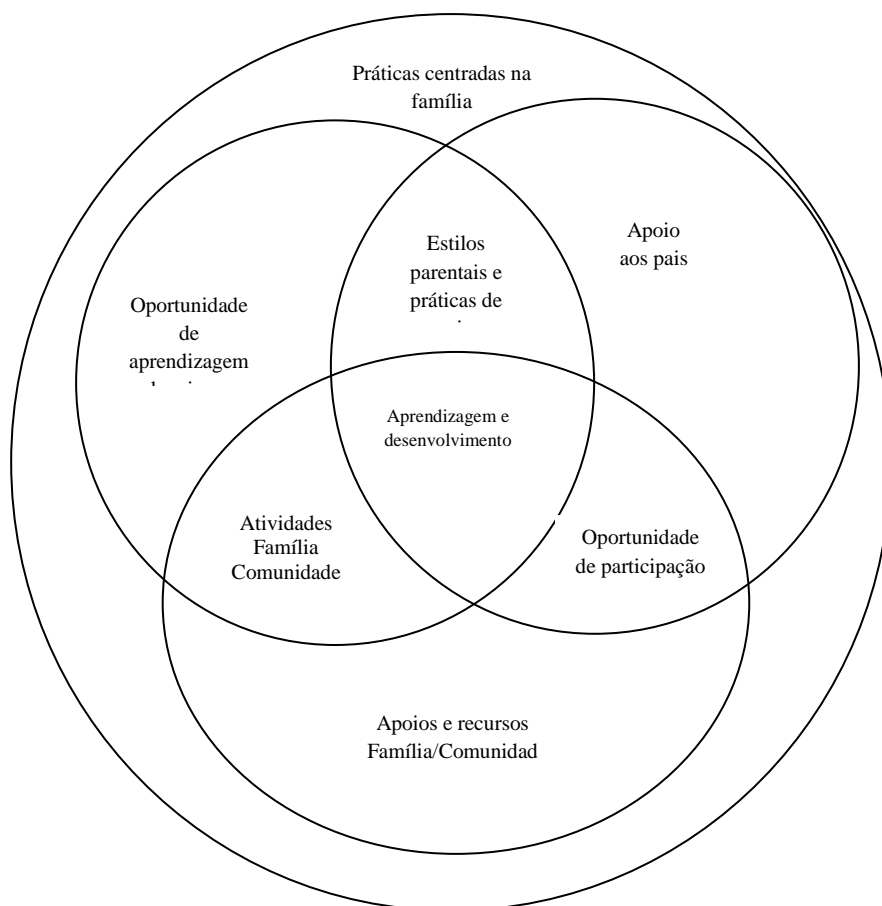


Figura 2- Principais componentes de um modelo de intervenção precoce e apoio familiar integrado e baseado na evidência. (Dunst , 2000, citado por Serrano, 2007, p.44)

Este modelo mantém uma orientação ecológica, continuando a considerar a família como tendo um papel preponderante nas decisões que envolvem a criança, tendo como objetivo a promoção de competências tanto na criança, nos pais e na família como um todo.

Verificamos assim que, os serviços de IPI devem ter por base relações de colaboração entre o profissional e a família, o processo de desenvolvimento de relações positivas entre ambas as partes pode ser em simultâneo compensador e complexo. Este processo assume o papel central na IP do qual podemos aferir o reconhecimento dado ao sucesso da intervenção que está intimamente relacionado com a qualidade da relação estabelecida entre técnico e família. Esta relação de colaboração pode melhorar o sentimento da família ao se sentir compreendida e apoiada, tal facto pode conduzir a mudanças nas interações entre pais/criança e, consequentemente no desenvolvimento da criança.

Na busca de uma definição para a intervenção centrada na família, Cruz e colaboradores (2003) sugerem:

A prestação de serviços centrados na família, através das diferentes disciplinas e instituições reconhece a importância fulcral da família nas vidas dos indivíduos. Orienta-se por um conjunto de escolhas devidamente informadas feitas pela família e foca-se nos pontos fortes e capacidades das famílias. (Cruz, Fontes & Carvalho, 2003, p.25, citam Allen e Petr, 1996)

Com esta definição, podemos verificar que estão presentes os princípios básicos de uma intervenção centrada na família, isto é, mostra-nos a importância que a família tem como foco da prestação de serviços, o reconhecimento dos pontos fortes tanto da criança como da família bem como, os objetivos prioritários identificados pela família e o respeito pelas suas escolhas.

A investigação, de acordo com Chen (1999, referido por Cruz, Fontes e Carvalho 2003), demonstra que a relação de colaboração entre pais e técnicos é um componente fundamental para uma verdadeira prática centrada na família e que a criança apresenta maiores progressos no seu desenvolvimento quando a família está envolvida no plano de intervenção.

1.3 PRÁTICAS PRECONIZADAS

Temos assistido ao longo das últimas décadas a uma evolução dos conceitos, modelos e práticas na IPI nomeadamente, no enfoque da intervenção que deixa de ser a criança e passa a ser a família como um todo. Pimentel (2005, p. 80) com base em Richmond e Ayoub (1993) realça que as mudanças a que temos vindo a assistir assentam em cinco paradigmas:

- *Do enfoque na reabilitação ao enfoque na prevenção (...);*
- *Da multidisciplinaridade à transdisciplinaridade (...);*
- *Do modelo baseado nos serviços ao modelo baseado nos recursos (...);*
- *Do enfoque na criança ao enfoque na colaboração família/profissional (...);*
- *Do enfoque nas medidas cognitivas da criança ao enfoque em medidas mais abrangentes para a avaliação do impacto do programa (...).*

As mudanças que se verificaram são essenciais na implementação de práticas de qualidade que são atualmente as práticas recomendadas. Tal como é referido por

Pimentel (2005), numa prestação de serviços de qualidade a orientação teórica dos programas de intervenção devem assentar num modelo de intervenção que dê especial atenção ao envolvimento da família, definir critérios de elegibilidade, tanto das crianças como das famílias bem como a avaliação do envolvimento da família no processo. Ao deixarmos de estar centrados na criança e ao passarmos a centrar-nos na família, estamos a deixar uma perspetiva que via a criança como principal alvo do programa de intervenção e a encarar a família como um todo, ou seja, a família deve ser encarada simultaneamente como recetora e agente ativo do programa pois, é importante que a família participe efetivamente em parceria com os técnicos ao longo do desenvolvimento do programa e que lhe seja conferida a tomada de decisão em tudo aquilo que tenha a ver com a criança e com a família no seu todo.

Desta forma, deseja-se que a família seja capaz de se inserir na comunidade quer utilizando os recursos que esta dispõe, quer através da rede social de apoio tendo sempre em vista a criança uma vez que foi ela que desencadeou o programa. É objetivo do trabalho realizado pelos técnicos junto das famílias dar-lhes autonomia relativamente aos serviços e aos profissionais de forma a conseguir gerir os recursos de que necessita.

Podemos então perceber que o profissional de intervenção precoce não pode trabalhar de forma isolada, tem que haver interação entre os vários recursos e parceiros e também a colaboração entre as famílias e os profissionais de especialidades e os diferentes serviços nomeadamente da Saúde, Educação, Segurança Social e, também, os diferentes recursos da comunidade.

CAPITULO II

1. INTERVENÇÃO PRECOCE EM PORTUGAL

Foi na década de sessenta, intimamente ligado à evolução da sociedade americana e ao trajeto histórico-social da Educação Especial, que aparecem os primeiros programas de IP. Estes primeiros programas tinham como primordial vocação apoiar as crianças socialmente desfavorecidas mas, rapidamente se difundem junto das crianças com deficiência, junto destas davam resposta às suas necessidades, nomeadamente através dos apoios domiciliários e os apoios nos centros especializados (Alves, 2009).

A revisão da literatura mostra-nos que os serviços de IP têm sido influenciados pela própria história da educação de crianças pequenas. Os serviços baseavam-se num currículo que se centrava essencialmente na criança, começou a existir um maior conhecimento e compreensão do seu desenvolvimento e a convicção da importância dos primeiros anos da criança, nomeadamente no desenvolvimento das competências sociais, emocionais e intelectuais. São estes os aspetos principais dos primeiros programas de intervenção. A revisão da literatura permite-nos, também, concluir que a existência de programas de atendimento a crianças com necessidades especiais (NE), em Portugal, remonta à segunda década dos anos 60, esse atendimento era feito a crianças entre os 0 e os 2 anos de idade e estavam inseridos no Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde. Este organismo viria a fomentar a criação do Serviço de Orientação Domiciliária, a nível nacional, para os pais de crianças que apresentavam deficiência visual com idades entre os 0 e os 6 anos (Costa, 1981, referido por Pereira, 2009).

Apesar disso, nos anos 70 os serviços ficaram restritos a Lisboa e ao Porto desta forma, foram surgindo associações e cooperativas de educação especial, criadas por pais de crianças e jovens com NE. A autora referida anteriormente destaca os Centros de Paralisia Cerebral de Lisboa, do Porto e de Coimbra. Constatamos assim, que nos anos 60 e 70 houve um aumento do número de crianças atendidas no entanto, não ocorreram mudanças significativas no atendimento de crianças em idades precoces (Ruivo & Almeida, 2002, referidos por Pereira, 2009).

De acordo com Mendes (2010), foi nas últimas duas décadas que se assistiu a uma grande ampliação dos programas de IPI em Portugal e só em 1999 é que foram

tomadas medidas legislativas específicas de forma a enquadrar as práticas, através da publicação do primeiro diploma legal onde foram inscritos os princípios orientadores relativamente à organização dos serviços de intervenção precoce na infância. A mesma fonte (p.82) refere também que, " (...) *os primeiros serviços, estruturados de acordo com as normas internacionais, surgiram nos anos 80 e sobretudo nos anos 90 do século passado, após a publicação de normativos legais (...).*" Progressivamente, a IPI em Portugal foi-se alterando, deixou-se uma abordagem centrada na criança e passou-se para uma abordagem centrada na família, tal facto levou à recomendação da criação de um Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP) desenvolvido e implementado pela equipa local de intervenção (ELI) em colaboração com a família. No início deste século tanto as famílias, como os profissionais e os serviços tomaram consciência das mudanças que ocorreram nos modelos e nas práticas da IPI.

Através dos vários trabalhos de investigação realizados no âmbito da IPI, verifica-se que os modelos de intervenção não são iguais em todas as regiões do país desta forma, Mendes (2010) refere o trabalho de Almeida (2008) no qual é demonstrado que os especialistas apontam algumas incertezas relativamente ao futuro da IPI em Portugal, pois consideram que apesar da motivação apresentada pelos profissionais, pensam que existem motivos políticos que podem influenciar negativamente a IPI. O mesmo autor faz referência a Boavida, Carvalho e Espe-Sherwindt (2009) que apontam o desenvolvimento de estratégias que visem melhorar o envolvimento das famílias, bem como a redefinição da formação tendo em conta os resultados desejados e a garantia da qualidade dos serviços como as principais prioridades da IPI no nosso país nos próximos anos.

1.1 ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO EM PORTUGAL

Foi a partir de meados dos anos 80 que a Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP) se tornou a pioneira na implementação da IP no nosso país. Este é um serviço que, na altura, pertencia ao Centro Regional de Segurança Social de Lisboa (CRSSL), Ministério do Emprego e Segurança Social, e teve na sua origem o Centro de Observação Médico-Pedagógico (COMP), (Tegethof, 2007)

No entanto é na década de 90, como já foi referido, que em Portugal começam a aparecer os primeiros programas de IPI enquadrados legalmente pelo Despacho 26/95 do Ministério da Segurança Social, que vem regulamentar o programa "Ser Criança",

bem como as portarias 52/97 e 1102/97 do Ministério da Educação, apesar do Dec. Lei 319/91 já abordar o tema do atendimento a crianças com necessidades educativas especiais (NEE) dos 3 aos 6 anos e da portaria 611/93 vir a regulamentar a aplicação das medidas apresentadas, no referido Dec. Lei, às crianças que frequentam os Jardins de Infância, da rede pública do Ministério da Educação.

Tal como estas medidas, também a Lei-quadro da educação pré-escolar, na qual é divulgada a participação de forma ativa da família e, ainda, o Despacho 52/97 que regulamenta as orientações curriculares para o pré-escolar, visam uma escola inclusiva, contudo verificamos que o Ministério da Educação durante muitos anos, não teve efetivamente uma participação direta na IP. As portarias 52/97 e 1102/97 vieram permitir às Instituições de Educação Especial, cuja tutela pertencia ao Ministério da Educação, a apresentação de projetos de IP desenvolvidos em parceria com as Equipas de Coordenação dos Apoios Educativos (ECAE).

Mas os programas que foram surgindo, uns financiados pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social outros pelo próprio Ministério da Educação, tinham como características uma vasta variedade de iniciativas, que por não estarem devidamente definidas sofriam algumas consequências nomeadamente, a mobilidade dos profissionais, bem como o trabalho desenvolvido pelos coordenadores dos serviços tais factos, por vezes, impediam que fosse dada uma resposta concreta às reais necessidades da criança e da família (Pimentel 2005).

No ano de 1994, em parceria com os Ministérios da Educação, Saúde e do Emprego e Segurança Social, foi criado um grupo de trabalho que tinha como objetivo desenvolver estratégias relativamente à forma de organização da IP. Assim, em Outubro de 1999, fruto do trabalho realizado pelo referido grupo de trabalho, é publicado o Despacho Conjunto 891/99 que estabelece as orientações em relação às práticas da IP. Este Despacho baseou-se na legislação americana, especialmente na Public Law 99-457 (Amendment to the Education of the Handicapped Act.) viria a ser melhorada em 1991 com a designação de IDEA (The Individuals with Disabilities Education Act). O despacho mencionado, define aspetos essenciais para a operacionalização dum modelo ecológico-sistémico de IP, no qual o trabalho em equipa e em parceria com a família, assim como a elaboração de um documento escrito de suporte (Pimentel,2005)

Verificamos assim que o Despacho conjunto 891/99, foi um marco importante no desenvolvimento de programas cuja intervenção era centrada na família e a

comunidade era envolvida no processo de avaliação e de intervenção, bem como nos contextos de vida das crianças (Mendes, 2010).

Primeiro com o Despacho conjunto 981/99, atualmente com o Decreto-Lei 281/2009 que expõe as orientações reguladoras para a Intervenção Precoce na Infância, dirigida a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos com alterações nas estruturas ou funções do corpo, ou em risco de as vir a apresentar, ou ainda, em risco grave de atrasos no seu desenvolvimento, assim como as suas famílias. Este Decreto-Lei exige uma maior participação e envolvimento da família em todo o processo de intervenção, desenvolver relações de confiança entre os técnicos e as famílias, novas dinâmicas de trabalho em equipa e a racionalização dos recursos já existentes.

A atual lei foca-se em três princípios fundamentais: a intervenção centrada na família, o trabalho em equipa transdisciplinar e a comunidade.

O Decreto-Lei 281/2009 tem por objetivo, na sequência dos princípios promulgados na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009, a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Este sistema tem por base um conjunto de entidades de carácter institucional e de natureza familiar, de forma a garantir as condições de desenvolvimento das crianças que apresentam alterações nas funções ou estruturas do corpo que lhe limitam o seu crescimento pessoal e social, bem como a participação nas atividades típicas para a idade, o mesmo se aplica às crianças em risco grave de atraso no desenvolvimento.

O SNIPI é desenvolvido através da atuação coordenada de três Ministérios (Saúde, Educação, do Trabalho e da Solidariedade) com o envolvimento das famílias e da comunidade (Carvalho, 2011).

Em síntese, o SNIPI tem a seu cargo a missão de garantir a Intervenção Precoce na Infância (IPI), podendo ser definido como um conjunto de medidas de apoio centradas tanto na criança como na família, onde estão incluídas ações quer de natureza preventiva, quer de natureza remediativa no âmbito da educação, saúde e ação social e visam-se as interações entre as famílias e as instituições. Desta forma, deve ser elaborado um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), que consiga identificar as necessidades das famílias, realizado pelas Equipas Locais de Intervenção (ELI), multidisciplinares e que representem todos os serviços que vão participar na intervenção.

De acordo com o referido Decreto - Lei, compete às ELI:

- a) Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI;
- b) Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução;
- c) Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social;
- d) Elaborar e executar o PIIP em função do diagnóstico da situação;
- e) Identificar necessidades e recursos das comunidades de sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social;
- f) Articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens e com núcleos de ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil;
- g) Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos;
- h) Articular com os docentes das creches e jardim-de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em IPI.

O PIIP deve ser um instrumento organizado tanto para as famílias como para os profissionais, o diagnóstico deve ser adequado não deve apenas ser referido o problema mas, também o potencial de desenvolvimento da criança, ao mesmo tempo que são referidas as alterações que devem ser executadas no ambiente, no qual a criança se encontra, de forma a que o desenvolvimento seja efetivo. No PIIP deve ser referido:

- a) Identificação dos recursos e necessidades da criança e da família;
- b) Identificação dos apoios a prestar;
- c) Identificação da data do início da execução do plano e período provável da sua duração;
- d) Definição da periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respetivas capacidades de adaptação;
- e) Procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar;
- f) O PIIP deve articular-se com o PEI (Plano Educativo Individual), a quando da transição de crianças para a frequência de jardim-de-infância ou escolas básicas do 1º ciclo.

Desta forma, a IP deve estar assente na universalidade do acesso, em profissionais e serviços públicos responsáveis e que sejam eficazes na capacidade de respostas tanto às

crianças como às suas famílias (Ministério da Educação e Ciência; Ministério da Saúde; Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2013).

Assim e, de acordo com o referido Decreto-Lei, o SNIPI tem como objetivos:

- a) Assegurar às crianças proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional;
- b) Detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento;
- c) Intervir, após a deteção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

Em 2011, os Ministérios da Educação, Saúde e do Trabalho e da Segurança Social publicam o Despacho n.º 2735/2011, no sentido de regulamentar o disposto no artigo 6.º do Decreto - Lei n.º 281/2009, de 6 de Outubro, é criada uma comissão de coordenação do SNIPI, bem como as regras do seu funcionamento. Desta forma, os referidos Ministérios determinam que a comissão deve ser constituída por dois representantes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, dois representantes do Ministério da Saúde e dois representantes do Ministério da Educação:

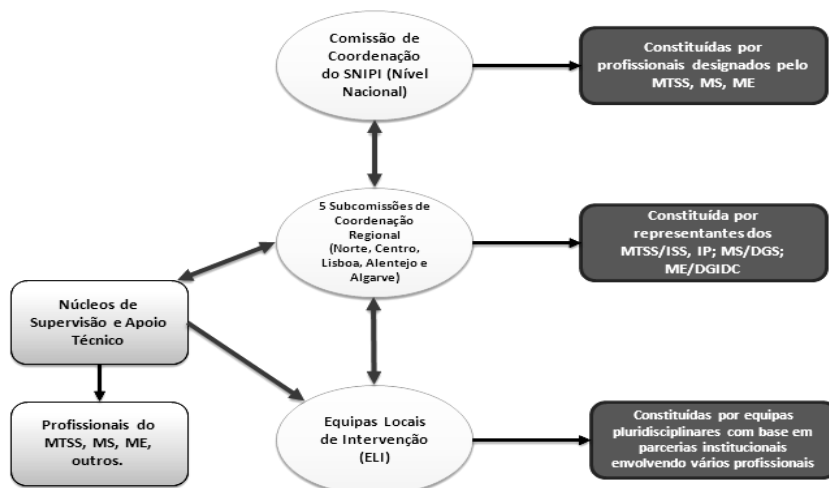


Figura 3: Estrutura do SNIPI (adaptado Administração Regional de Saúde do Centro, IP)

Depois de termos consultado os vários documentos legais publicados relativamente à IP, podemos sintetizá-los no quadro que se segue:

Período	Marcos Históricos
Anos 1960	<ul style="list-style-type: none"> •Criação do Serviço de Orientação Domiciliária - Implementado por enfermeiras de saúde dos Centros Materno-Infantis. •Primeiros programas dirigidos a crianças com necessidades especiais, nomeadamente, intervenção nas primeiras idades para crianças cegas, a nível nacional.
Anos 1970	<ul style="list-style-type: none"> •Criação de Equipas de Orientação Domiciliária - Constituídas por educadoras especializadas do Ministério dos Assuntos Sociais. •Criação da divisão de Educação Especial sob tutela do Ministério da Educação, fundada por iniciativa dos pais e profissionais das Cooperativas de educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas.
Anos 1980	<ul style="list-style-type: none"> •Programa Portage para Pais - Implementado e divulgado pela Direção de Serviços de Orientação e Intervenção psicológica. •Projeto Integrado de Intervenção Precoce - Modelo de coordenação e de integração de serviços do Distrito de Coimbra.
Anos 1990	<ul style="list-style-type: none"> •Ratificação da Convenção sobre os Direitos da Criança das nações Unidas. •Assinatura da Declaração de Salamanca, que preconiza a intervenção e inclusão precoces para crianças em risco de atrasos no desenvolvimento ou com incapacidades. •Implementação, a nível nacional, de vários projetos e serviços de intervenção precoce, dinamizados por Cooperativas ou Associações de Solidariedade Social. •Despacho n.º 26/95, Ministério da Segurança Social - Regulamenta o Programa "Ser Criança". •Portaria 52/97, Ministério da Educação - Regulamenta a articulação com as equipas de educação especial, para atendimento a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade com necessidades especiais. •Portaria n.º1195/95, Ministério da Educação - Regulamenta as condições de frequência dos alunos com necessidades especiais nas Cooperativas de Educação Especial e define, quando da sua revisão em 1997, a Intervenção Precoce. •Portaria n.º1102/97, Ministério da Educação - Regulamenta o financiamento a projetos integrados, incluindo a prestação de apoios às famílias, promovidos por instituições de solidariedade social. •Despacho Conjunto n.º 891/99, Ministérios da Educação, Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social - Aprova as orientações reguladoras da Intervenção Precoce para crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e suas famílias.
Anos 2000	<ul style="list-style-type: none"> •Ratificação da Convenção sobre os Direitos das pessoas com Deficiência das Nações Unidas. •Decreto - Lei n.º 281/2009, Ministério da Saúde - Criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. •Despacho n.º 2735/2011- Criação da comissão de coordenação do SNIPI.

Quadro 1. Intervenção Precoce na Infância em Portugal (Adaptado Mendes, 2010)

De acordo com o Decreto-Lei n.º281/2009, são consideradas elegíveis para apoio do SNIPI, crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade, bem como as respetivas famílias, que se encontrem incluídas nos seguintes grupos:

- 1-«Alterações nas funções ou estruturas do corpo» que limitem o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social;*
- 2 - «Risco grave de atraso de desenvolvimento» pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que impliquem uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.*

São elegíveis para apoio no âmbito do SNIPI, todas as crianças do 1º grupo e as crianças do 2º grupo, que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental (Critérios de Elegibilidade, 2010).

A revisão de literatura mostra-nos que quanto mais cedo forem acionadas tanto as intervenções como as políticas que afetam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornarão as pessoas de participar de uma forma autónoma na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem.

1.2 MODELOS ATUALMENTE IMPLEMENTADOS EM PORTUGAL

De acordo com Bairrão (2001, referido por Tegethof, 2007), existiam em Portugal nos anos 80, dois tipos de recursos que foram considerados, na altura, pelos peritos da OCDE como inovadores. Um desses recursos foi o Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico (COOMP) e outro o Projeto de Águeda, que posteriormente viria a estar na origem do Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) de Coimbra

A mesma fonte refere que podemos considerar o trabalho levado a cabo pela Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP), como a primeira experiência conceptualmente bem enquadrada na área da IP em Portugal pois, em 1986 foi entregue a este organismo pelo Centro Regional de Segurança Social de Lisboa (CRSSL) a tarefa de apoio precoce especializado a crianças em situação de risco ou deficiência e às respetivas famílias, no distrito de Lisboa:

(...) a D.S.O.I.P. aprofundou, implementou e disseminou um modelo de intervenção precoce, o Modelo Portage. este modelo, de eficácia empiricamente comprovada e com grande divulgação e aceitação, não só no seu país de origem, os Estados Unidos, como em outros, tinha à partida como garantia o estar teoricamente bem enquadrado, implicar directamente os pais e assentar num tipo de modelo organizativo que proporciona um suporte consistente, tanto para técnicos como para pais.... Na sequência da divulgação deste modelo e ainda na década de 80, a D.S.O.I.P. privilegiou a nível da formação os técnicos provenientes das Equipas de Ensino Especial do Ministério da Educação, pensando no papel importante que poderiam desempenhar a nível da sua aplicação. Apesar do interesse e do trabalho desenvolvido por alguns técnicos, não houve, de parte da maioria bem como dos seus órgãos de coordenação, grande adesão à metodologia que lhes foi proposta.(...) (Almeida, 2000b citado por Tegethof, 2007, p. 293)

O modelo Portage foi assumido pelo DSOIP, e deu origem ao desenvolvimento de um projeto de investigação-ação que levou não só à adaptação do modelo, à sua aplicação e propagação, mas também a avaliação dos primeiros anos da sua aplicação. Os resultados dessa avaliação apontaram para um aceleração do desenvolvimento da criança, bem como a satisfação da maioria dos pais e profissionais. Este tipo de intervenção possibilitou que tanto pais como técnicos conseguissem encontrar estratégias de intervenção adequadas a cada uma das problemáticas como, também, encontrar progressos em situações que pareciam não evoluir de forma eficaz. Possibilitou ainda, a realização de um trabalho conjunto no ambiente natural da criança e da família.

Por terem acompanhado a evolução dos conhecimentos relativamente à IP, tanto o Modelo Portage como o DSOIP foram adaptando as suas práticas evoluindo das práticas centradas na criança para, embora houvesse colaboração dos pais, defenderam práticas centradas na família dentro de um modelo sistémico. A evolução que se verificou deveu-se em grande medida às várias formações a que os técnicos tiveram acesso (Tegethof, 2007).

O Projeto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP) de Coimbra, baseou-se no Projeto de Águeda que:

(...) foi criado com o objectivo de organizar recursos que proporcionassem uma resposta às crianças em risco e com deficiência, de diferentes idades, que se encontravam sem atendimento no concelho de Águeda.

Assim, conjugando esforços dos sectores da Saúde (Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro de Saúde), da Educação (Equipas de Educação Especial), da Segurança Social e de outras entidades públicas e privadas e com uma forte componente integrativa, surge um modelo de intervenção orientado para todas as crianças, com ou sem problemas, que assentava no funcionamento e interacção dos vários serviços implicados e dinamizados pela própria comunidade (Tegethof, 2007, p. 294 cit. Bairrão & Almeida, 2002).

Como referem os autores, este projeto abriu novas perspetivas nos modelos de prevenção e de intervenção com crianças em idades precoces e respetivas famílias. Assim como é referido por Mendes (2010), passado três décadas desde que tiveram início os primeiros serviços de IP, é fundamental que aquilo que é estabelecido pelo novo normativo legal seja efetivamente implementado em todo o território nacional através da adequada planificação deste setor, onde exista conciliação entre os modelos de funcionamento, uma vez que de acordo com os vários estudos realizados, revelarem

a existência de diferenças nos modelos e das práticas em matéria de IP nas diferentes regiões do país.

1.3 PAPEL DOS PROFISSIONAIS EM INTERVENÇÃO PRECOCE

Como temos vindo a salientar, de acordo com os vários estudos realizados, a intervenção deixou de ser centrada na criança e passou a ser a família o centro da mesma. Tal perspetiva veio alterar a forma como os profissionais desta área implementam as suas práticas, o que nem sempre tem sido fácil tanto para eles como para as próprias famílias, isto é, a intervenção centrada na família vem implicar uma mudança de atitude que se tem revelado, por vezes, difícil para os profissionais e ao mesmo tempo para as famílias, pois estavam habituadas a um papel passivo na intervenção. Esta nova abordagem implica no profissional, uma mudança relativamente à forma de encarar o seu papel na intervenção pois, para além de proporcionar apoio à criança deve também apoiar e trabalhar em conjunto com a família e com a comunidade. Desta forma, os profissionais que trabalham em IP apresentam uma diversidade de papéis uma vez que, devem estar aptos para atuar no serviço à criança e à família e o apoio na consultadoria.

No que concerne ao serviço prestado à criança, o profissional tem a tarefa de fazer a avaliação das aptidões e necessidades da criança, desenvolver planos individuais que visem estimular o desenvolvimento, planear experiências adequadas e avaliar a eficiência das estratégias de intervenção. Estas tarefas inerentes às práticas de IP, segundo Carvalho (2011), obrigam o profissional a ter conhecimento sobre o desenvolvimento das crianças, quer das que apresentam NE, quer das que apresentam um desenvolvimento normal de forma a permitir uma planificação adequada; o profissional deve ter também conhecimento dos princípios da aprendizagem que possibilitem entender a relação do comportamento da criança e fatores ambientais por fim, os profissionais tem que conseguir criar ambientes adequados que promovam o normal desenvolvimento das crianças e a forma de os adaptar para irem ao encontro de crianças com NE.

Relativamente ao serviço de apoio à família, os profissionais deveriam ser preparados para compreenderem a natureza ecológica das famílias, de forma a poderem avaliar as suas necessidades e recursos que esta tem à sua disposição, bem como o uso de estratégias que lhes facilitassem ouvir, entrevistar e negociar valores e prioridades,

este trabalho é muito importante pois a colaboração entre pais e profissionais é fundamental para o êxito do programa. Quando o profissional centra a avaliação e as intervenções nas necessidades das famílias, está a desenvolver condições para poder expressar as suas opiniões e para negociar com êxito, as diferenças de valores e de perspetivas entre ele e a família. Desta forma, os profissionais que trabalham em parceria com as famílias aumentam a autoconfiança e o sentimento de controlo que a família possui (Carvalho 2011).

Quanto à consultadoria o mesmo autor refere, com base em outros autores, que é uma área complicada, que requer competências específicas por parte dos profissionais. Os autores sugerem três tipos de fatores que influenciam o sucesso do processo de consulta: *as características das pessoas envolvidas nas consultas; as variáveis de processo, tal como acordo sobre perspetivas teóricas; e, as variáveis de implementação dos procedimentos, como género de dados recolhidos, o desenvolvimento e o resultado da avaliação* (Carvalho, 2011, p. 67).

Outros autores, nomeadamente Alves (2009, com base em Turnbull & Turnbull 1990), menciona as habilidades comunicativas dos profissionais, como o pré-requisito para o desenvolvimento e manutenção de parcerias positivas entre os profissionais e as famílias, designadamente o saber ouvir, expressar e criar empatia, mostrar disponibilidade, etc. O autor refere, também, que não é fácil manter este tipo de relação, pois nem sempre estão criadas as condições para que tal aconteça. Outros autores sugerem linhas orientadoras para levar a cabo as práticas centradas na família, com base na relação dos profissionais de IP com as famílias, para isso é importante criar um ambiente em que tanto profissionais como famílias se sintam livres e responsivas, como se ambos fossem parte integrante duma mesma relação; criar condições aos pais de maneira a facilitar a sua participação no processo de intervenção; desenvolver a intervenção de acordo com as necessidades específicas e particulares de cada família; possuir sensibilidade e bom senso concedendo o papel principal à família; evidenciar disponibilidade, envolvimento e empatia mostrando assim capacidade para ouvir e respeitar cada família.

A comunicação é apontada, também, como fator essencial neste trabalho de parceria entre famílias e profissionais, tendo a observação e o conhecimento das famílias um papel importante, de forma a consciencializar o profissional das interações que ocorrem no seio da família (Carvalho, 2011).

O mesmo autor menciona outros estudos, para referir que é necessário resolver certos problemas de comunicação que colocam barreiras nas atitudes, nas percepções e nas crenças culturais, desta forma os profissionais devem incluir as famílias, criar relações e ter atenção á forma como se promove a educação parental, pois a ética na IPI, deve basear-se na compreensão dos estilos de vida e escolha da família, na autenticidade e confidencialidade bem como o respeito pela diversidade da família, uma vez que o profissional ao estudar a estrutura da família está a reconhecer a individualidade do cada um dos seus elementos. Mas, para que o profissional desempenhe de forma eficaz o seu papel é de relevante importância a sua formação, uma vez que a eficiência da IP nas crianças com algum tipo de incapacidade ou nas respetivas famílias é influenciada pela adequada formação dos profissionais. Carvalho (2011) aponta três áreas específicas na formação dos profissionais de IP, que lhes geram importantes desafios tendo em conta as tradicionais formas da sua preparação: i) as práticas devem ser cada vez mais centradas na família; ii) as crianças devem ser integradas nos programas para crianças que apresentam um desenvolvimento normal; iii) os serviços especializados prestados, à criança e á família, devem ser articulados com outros serviços.

Os vários estudos realizados no nosso país sugerem, que a formação que está a ser dada aos profissionais de IP ainda não é a mais adequada, por isso é sugerido que se faça a formação aos profissionais que já trabalham em IP, para que a intervenção seja efetivamente centrada na família. Também consideram que é importante integrar essa formação, nos programas de formação inicial das instituições de ensino superior que preparam os profissionais, para que desenvolvam uma identidade profissional que vá ao encontro das bases da IP (Carvalho, 2011).

No nosso país, o trabalho efetuado na IP é baseado no trabalho em equipa para que a intervenção seja o mais eficiente possível. Em IP o conceito de equipa refere-se a "*grupos de profissionais de diferentes áreas, com dinâmicas multidimensionais, inclusivas e colaborativas, que procuram responder a um conjunto de necessidades das crianças e famílias*" (Alves, 2009 p. 68).

Segundo Alves (2009) que refere Gallagher, LaMontagne & Johnson (1998), o sucesso da intervenção depende da capacidade que os profissionais de IP apresentam em desenvolver a intervenção em conjunto. Verificamos assim, que o trabalho de equipa depende dos esforços que cada um faz no sentido de se obter um bem comum "*interacção constante em que diferentes pessoas, com diferentes papéis, mudam-se reciprocamente*" (Cruz et al.,1995 citado por Alves, 2009, p. 68), ou seja, os vários

elementos da equipa juntam-se e, em parceria e partilha de saberes e de experiências discutem e elaboram o plano de intervenção para cada criança e respetiva família, sendo desta forma considerado o sucesso da intervenção de todos e para todos pois, uma equipa só funciona eficazmente se cada elemento partilhar objetivos e pressupostos. De acordo com Felgueiras (2000, citado por Alves, 2009, p. 69) *é hoje consensual (...) não só o trabalho em equipa, mas também que os programas de maior sucesso são aqueles onde os profissionais e famílias colaboram entre si, fazendo parte integrante da equipa.*

São apresentados e diferenciados na literatura, três formas de prestação de serviços das equipas de IP: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Nas equipas multidisciplinares, os profissionais das várias áreas trabalham de forma independente, embora possam partilhar o mesmo espaço. Neste modelo de equipas de IP, a criança é avaliada individualmente por cada elemento da equipa de acordo com a sua área de especialização. Alguns autores consideram o modelo multidisciplinar como a base para os modelos de equipa interdisciplinar e transdisciplinar.

Relativamente ao modelo de equipas interdisciplinares, estas são constituídas por profissionais de várias áreas no entanto, incluem as famílias como membros das equipas. Podemos considerar que, a principal diferença entre o modelo multidisciplinar e o interdisciplinar está nas interações entre os vários elementos da equipa, pois enquanto nas equipas multidisciplinares os vários elementos que constituem a equipa trabalham em coexistência, nas equipas interdisciplinares os profissionais fazem uma comunicação formal, na qual são incentivados a fazer a partilha de informação bem como a discussão de resultados individuais nos encontros que mantém regularmente.

Este modelo de equipa, também se caracteriza para a avaliação que os profissionais fazem da criança, uma vez que é realizada pelos especialistas das várias disciplinas separadamente, no entanto a equipa em conjunto discute o resultado dessas avaliações individuais. Com base nos resultados dessas avaliações, desenvolvem estratégias e planos de intervenção, cabendo a cada profissional fazer a intervenção de acordo com a área pela qual é responsável. Apesar de tudo, neste modelo podem surgir algumas dificuldades, uma vez que alguns elementos da equipa podem não entender a formação e as práticas de outros elementos da equipa de diferentes áreas e, desta forma mostrarem alguns constrangimentos relativamente às informações e recomendações oriundas desses elementos. Desta forma, para que as equipas interdisciplinares tenham êxito é necessário que os vários elementos que a constituem aceitem as diferenças que existem entre eles.

Por fim, temos o modelo de equipa transdisciplinar, que são equipas formadas também por profissionais de diferentes áreas e pelas famílias. Neste modelo, a família tem um papel mais central do que aquele que tem nas equipas interdisciplinares.

O modelo transdisciplinar tenta combater os constrangimentos que existem nas equipas interdisciplinares, com o objetivo de criar uma equipa que seja capaz de ultrapassar as fronteiras apresentadas pelas várias disciplinas e aumentar a comunicação, a interação e a cooperação entre os elementos que a constituem. Ultrapassar as fronteiras das várias disciplinas é a característica principal deste modelo de equipa, o que o torna o mais indicado para a IP (Carvalho, 2011).

A mesma fonte, fazendo referência a outros autores, menciona que as equipas que trabalham de acordo com o modelo transdisciplinar, tomam as decisões relativamente à avaliação, planificação e implementação dos programas, de acordo com os vários intervenientes incluindo a família, quando esse acordo não é possível prevalecem as decisões da família. No entanto, embora os vários profissionais partilhem a responsabilidade da implementação e desenvolvimento do plano, este é executado pela família conjuntamente com um elemento da equipa designado por responsável de caso (Carvalho, 2011). A escolha do responsável ou gestor de caso é feita de acordo com o conhecimento que o profissional tem da família, bem como dos fatores de risco associados à situação criança/família.

Verificamos assim, de acordo com Alves (2009), que nas equipas transdisciplinares, a família é considerada parceira, numa relação que se caracteriza pela existência de diálogo profissional/família, com o intuito de se ajudarem mutuamente nas informações e estratégias de intervenção.

CAPITULO III

1. INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA NA EUROPA

De acordo com o estudo realizado pela European Agency for Development in Special Needs Education (2005-2010) podemos verificar que nos países europeus, a IPI destina-se prioritariamente a crianças entre os 0 e os 3 anos de idade, sendo que em alguns deles a intervenção pode acompanhar as crianças até aos 6 anos. Cada país organiza os serviços IPI de forma diferente, mas na sua maioria os serviços estão dependentes de vários ministérios: ministérios da educação, da saúde e da segurança social, assim como dos serviços locais.

1.1 GRUPOS ALVO DA IPI

Com base nos relatórios da European Agency for Development in Special Needs Education (2005-2010) verifica-se que, na Europa, a IPI visa responder às necessidades das crianças em risco de atraso grave no desenvolvimento. É também referido que, as crianças com necessidades educativas especiais e respetivas famílias são avaliadas e apoiadas pelos serviços que existem na sua área de residência. No que diz respeito aos critérios de elegibilidade, referem os mesmos relatórios, estes são definidos a nível nacional, regional ou local e são relacionados com determinados tipos de deficiência. Assim, passamos a apresentar, de acordo com o referido relatório, os critérios de vários países da Europa no que concerne à elegibilidade de crianças e respetivas famílias.

No caso da Holanda, onde as políticas sociais, educativas e da saúde, enquadram critérios claros de identificação e classificação das crianças, existem situações excecionais que estão relacionadas com casos mais complicados, como por exemplo, o caso de famílias que apresentem dificuldades no meio social, necessidades especiais dos pais, dificuldades de linguagem, problemas psicológicos, ou abusos. Estas problemáticas podem tornar difícil a tarefa de avaliar as causas primárias e secundárias dos atrasos globais de desenvolvimento da criança, uma vez que é complicado separar os fatores que lhe são intrínsecos dos fatores ambientais.

Um outro país referido é o Luxemburgo, onde a lei de auxílio às crianças e famílias é clara na definição dos critérios. Os procedimentos formais de colaboração

com as famílias, as organizações não-governamentais (ONG), os coordenadores dos projetos de intervenção e os prestadores de serviços, asseguram, tanto às crianças como às famílias, o acesso a serviços de apoio adequados às suas necessidades.

Os relatórios sugerem que tem havido um esforço com o intuito de clarificar a especificação dos critérios de elegibilidade para os serviços, bem como a garantia do acesso das famílias a recursos e apoios apropriados. No entanto, verifica-se que por vezes os recursos humanos qualificados escasseiam o que implica a falta de uma definição objetiva das necessidades das crianças e respetivas famílias, provocando uma grande disparidade nos cuidados diários e apoios em diferentes regiões do mesmo país. Tal facto, verifica-se por exemplo na Áustria, onde o critério para identificar a deficiência de uma criança ou, o risco de esta a vir a desenvolver é diferente nas várias regiões.

Na Polónia, as crianças recebem apoio de acordo com o diagnóstico médico e não como resposta ao seu problema de desenvolvimento ou às suas necessidades educativas.

Já na Eslovénia, os relatórios indicam que os grupos-alvo não são definidos de forma clara e o apoio dado à família é encarado como inadequado.

No caso da Irlanda, a legislação determina (Disability Act 2005) a definição das necessidades que estão relacionadas com a deficiência da criança até aos cinco anos de idade e proporciona serviços, através dos recursos existentes, com o intuito de dar resposta a essas necessidades. O enquadramento legal, que não se encontra a ser aplicado totalmente, promove recursos para a identificação e apoios para crianças em idade escolar.

Na Grécia, existem numerosas instituições, centros privados de terapias especiais, bem como associações de pais e de profissionais que fomentam programas de IPI, tanto por iniciativa própria como em colaboração com o Ministério da Saúde e da Educação. Os programas são dirigidos a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 7 anos de idade e são ministrados em casa, focam-se essencialmente em avaliar o mais cedo possível a deficiência da criança e apoiar e orientar os pais.

É ainda mencionado no referido relatório, que existem mecanismos de identificação das crianças com deficiência ou em risco de desenvolvimento, no entanto esses mecanismos variam muito nos diferentes países, considerando-se que em alguns deles são melhor aplicados do que em outros.

Em Inglaterra, existe um programa de triagem nacional onde estão inseridos vários serviços, com o objetivo de assegurar que as crianças e respetivas famílias que solicitam os serviços de IPI, sejam o mais cedo possível identificadas e logo referenciadas para posterior avaliação. Logo na maternidade, muitas crianças são identificadas pelos serviços. Também os profissionais da saúde que desenvolvem um trabalho centrado na comunidade e que têm como tarefa avaliar a saúde e o desenvolvimento das crianças nos primeiros dois anos de vida, fazem a sinalização das crianças para posterior avaliação, incluindo também os pais, pois considera-se que quanto mais tardiamente a criança for sinalizada, mais tardia será a sua primeira referência para os serviços de IPI.

Também a Islândia é mencionada no relatório, onde é referido que tanto os hospitais como os centros de saúde, referenciam as crianças ao Centro Estatal de Diagnóstico e Aconselhamento, ao Centro para a Cegueira ou ao Centro para a Surdez ou Deficiência Auditiva para a realização de uma avaliação, no caso de existirem suspeitas de que a criança sofre de alguma perturbação grave no desenvolvimento. O Centro Estatal de Diagnóstico e Aconselhamento informa o Conselho Regional para os Assuntos da deficiência sobre a família. Em cooperação e consentimento com a família, os estabelecimentos de educação pré-escolar, informam o Centro de Aconselhamento Psicopedagógico da área de residência da família se existir a suspeita de algum atraso no desenvolvimento da criança. O Centro de Aconselhamento Psicopedagógico informa o Centro Estatal de Diagnóstico e Aconselhamento ou a Unidade de Psiquiatria da Criança e do Adolescente. É ainda referido), que neste país, está em curso um programa nacional de triagem que é dirigido a todas as crianças que completem os 2,5 anos de idade e que é realizada de novo aos 4 anos.

Em Malta, a Unidade de Desenvolvimento e de Avaliação da Criança, faculta uma avaliação multidisciplinar e médica a todas as crianças que foram referenciadas e que se encontrem entre os 0 e os 6 anos. As crianças foram referenciadas pelas clínicas que as atendem, médicos de família ou terapeutas da fala, que são geralmente os primeiros terapeutas a trabalharem com as crianças até aos 2 anos, quando se verifica um atraso na aquisição da linguagem. Esta Unidade de Desenvolvimento e de Avaliação da Criança está ligada à educação, nomeadamente através dos educadores de intervenção precoce que são disponibilizados pela Direção de Serviços de Educação. Estes educadores trabalham com as famílias com o objetivo de facultar aos pais,

competências básicas nos primeiros 5 anos de vida das crianças, ou seja, antes da sua entrada na educação formal.

O relatório refere também a Alemanha, onde foi criado em 2007 um Centro Nacional para a Intervenção Precoce com a finalidade de se desenvolver um método eficaz na deteção de crianças em risco o mais precocemente possível de forma a apoiar as famílias reforçar o trabalho entre as várias instituições médicas, educacionais e sociais.

Em França o relatório refere uma sondagem, realizada no país, na qual se pode verificar que as famílias que mais necessitam dos serviços de IPI são as que menos os procuram, pois consideram o sistema estigmatizante e indutor de culpabilização. Ao longo do tempo tem-se vindo a observar progressos, relativamente ao apoio da IPI por isso, os especialistas que trabalham no projeto, apontam o facto dos vários profissionais dos diferentes setores, partilharem a função de identificação e prestação de serviços, como a base para a melhoria dos serviços prestados às crianças e respetivas famílias.

Em suma, o que se destaca dos dados apresentados pelos diferentes países da Europa, é o facto de a prestação de serviços em IPI se encontrar, o mais perto possível das crianças e das famílias uma vez que, a proximidade dos serviços é de extrema importância no desenrolar dos programas de IPI.

Apesar de os vários países apresentarem medidas políticas que visam garantir a igualdade de acesso aos serviços de IPI, a todos os seus cidadãos, os relatórios apontam para a existência de diferenças entre várias regiões no mesmo país nomeadamente, os serviços de IPI são mais e com profissionais melhor qualificados nos grandes centros urbanos do que nos meios rurais, onde os serviços são em menor número e existe falta de profissionais qualificados (European Agency for Development in Special Needs Education, 2010).

Assim como os países referidos anteriormente, o relatório da European Agency for Development in Special Needs Education (2010), refere que em Portugal as crianças alvo da IPI, são as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade, que apresentem alterações nas funções e estruturas do corpo que limitam a sua participação nas atividades típicas para a sua idade e contexto social, ou com risco grave de atraso no desenvolvimento. Em Portugal as questões relativas à IPI foram regulamentadas pelo Decreto-Lei 281/2009, explanado no capítulo anterior.

2. QUESTÕES DE ELEGIBILIDADE

Ao definirmos a população alvo da IPI, deparamo-nos com a população a eleger, ou seja, temos que definir quais as condições que devemos ter em conta, relativamente à criança, que podem provocar atraso no seu desenvolvimento ou colocá-la em risco de o vir a provocar tornando-se, a elegibilidade, uma questão de elevada importância pois, dela depende o número de crianças a serem atendidas e os recursos necessários e os disponíveis para as intervenções, tais factos levantam importantes implicações a nível financeiro. Outras das questões que se levanta junto dos decisores, é a questão do tipo de intervenção que é preconizada, ou seja, pretendem uma prevenção primária, secundária ou terciária.

A prevenção primária tem como finalidade reduzir a incidência de novos casos, apostando-se na promoção do desenvolvimento da criança, reduzindo-se os fatores de risco; a prevenção secundária visa diminuir ou eliminar o impacto da deficiência ou no atraso futuro do desenvolvimento da criança e, por fim, a prevenção terciária que visa diminuir as consequências ou as dificuldades que giram em torno das crianças com deficiência ou incapacidades, desenvolvendo-se uma intervenção corretiva ou compensatória, bem como um apoio ativo à família (Simeonsson, 1994, referido por Tegethof, 2007).

Tendo como referência o Decreto-Lei 281/2009, relativamente às questões de elegibilidade no âmbito do SNIPI, as «funções do corpo» são definidas como uma função fisiológica dos sistemas orgânicos, onde se encontram incluídas as funções psicológicas ou da mente; define também «estruturas do corpo» como as partes anatómicas do corpo, nomeadamente os órgãos, os membros e os seus constituintes; a definição de «atividade» é apresentada como o desempenho de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Quando se fala em limitações da atividade o documento, referido anteriormente, aponta para as dificuldades que o indivíduo pode apresentar na execução dessa atividade, relativamente à definição de «participação» o documento define-a como o envolvimento de um indivíduo numa situação de vida real, isto é, restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

Quando falamos de questões de elegibilidade, é importante referir o contributo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que sugere um quadro conceptual com base nas interações entre as pessoas e o seu meio,

isto é, entre as condições de saúde e os fatores contextuais. A CIF tem como objetivo geral: " (...) *proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados coma saúde*" (OMS, 2004, p.7).

É também importante referir que a CIF, permite ter uma visão interativa do balancear entre as componentes ao nível das funções e estruturas do corpo, da atividade e participação da criança e os fatores ambientais, que têm como função facilitar ou criar obstáculos ao seu desempenho, isto vem mostrar a importância que os fatores ambientais têm no desenvolvimento da criança. Outro aspeto importante, com a utilização da CIF, é o facto de proporcionar uma uniformização da linguagem no que diz respeito aos conceitos e terminologias utilizados, quando se pretende referenciar ou descrever a incapacidade, estes aspetos são muito importantes designadamente na decisão das crianças que devem beneficiar dos serviços de IPI, na definição dos critérios de elegibilidade (Tegethof, 2007).

2.1. INTERVENÇÃO PRECOCE E CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RISCO

As crianças que apresentam problemas de desenvolvimento, nomeadamente na aquisição das capacidades básicas como a autonomia, a comunicação, a motricidade ou o jogo, são mais lentas a realizar as aprendizagens, é necessário um maior planeamento, maior insistência, maior motivação por parte dos pais que, muitas vezes se sentem inseguros sobre o que fazer e como fazer. Com estas crianças, que apresentam características tão especiais, intervir precocemente designadamente no período logo a seguir ao nascimento, parece ser muito importante para estas crianças e respetivas famílias vindo a tornar-se eficaz na prevenção da ocorrência ou na minimização de problemas associados às suas dificuldades. Nesta perspetiva, a IPI surge como uma forma eficaz de apoiar e ajudar as crianças bem como, as respetivas famílias, sendo que quanto mais cedo se iniciar o apoio e mais abrangente for, maiores serão os benefícios para as crianças e para as famílias (Coutinho, 2004).

Também Fonseca (1989 citado por Alves, 2009) corrobora com a opinião anterior ao referir que perante condições inibitórias ou bloqueadoras do desenvolvimento, da criança, surge o risco das aprendizagens se fazerem de forma mais lenta ou nem se realizarem, o que pode dar origem a um atraso grave de

desenvolvimento uma vez que, quando existe alguma perturbação no desenvolvimento o risco é muito elevado. "Pais e crianças podem experienciar dificuldades (...) devido a uma variedade de possíveis fatores de risco" (PIIP, 2000, citado por Alves, 2009, p. 61).

Desta forma, a mesma fonte refere ainda que a intervenção não deve ser apenas dirigida à criança mas deve abranger a família conferindo-lhe um caráter pluridimensional promovendo-se o seu bem-estar. A perspetiva de que as famílias também devem ser incluídas na intervenção e não apenas as crianças, é referido na literatura relativamente à importância de programas que visem o suporte familiar. Estes programas promovem o aumento de recursos e apoios à família, de forma a fortalecer o seu funcionamento ao promover o crescimento e desenvolvimento de todos os membros da família (Dunst, 1990; Dunst e Trivette, 1994, citados por Coutinho, 2004).

Os modelos que visam a promoção das famílias "empowerment" traduzem mais capacidade, mais responsabilidades e poder para os pais de crianças com deficiência ou em risco de desenvolvimento. Tais modelos fomentam, também, uma estreita relação entre os pais e os profissionais através da criação de parcerias efetivas entre ambos. Desta forma percebemos a importância de melhorar o nível de informação e formação sobre temáticas relacionadas com a saúde, o desenvolvimento e a aprendizagem dos seus filhos, assim os pais irão sentir-se mais competentes em relação às questões que dizem respeito aos seus filhos e possivelmente sentir-se-ão capazes de participar mais ativamente na discussão de aspetos relevantes para a elaboração e implementação do programa de intervenção (Coutinho, 2004).

A formação ou o treino de competências parentais é segundo a mesma fonte, que se apoia em outros autores, como boas oportunidades para melhorar os níveis de informação e competências educativas dos pais. Podemos assim definir a formação dos pais "como o processo de fornecer aos pais ou outros prestadores de cuidados, conhecimentos específicos e estratégias para ajudar a promover o desenvolvimento da criança" (Mahoney et al., 1999; McCollum, 1999; Kaiser et al., 1999, citados por Coutinho, 2004, p. 57).

2.1.1 Fatores de Risco

Segundo Maia e Williams (2005), que referem Reppold, Pacheco, Bardagi e Hutz (2002), podemos definir fatores de risco como condições ou variáveis que estão associadas a elevadas probabilidades da ocorrência de resultados negativos ou

indesejáveis no desenvolvimento da criança. Podemos destacar os comportamentos que podem comprometer a saúde, o bem o estar ou o desempenho social do indivíduo. A mesma fonte faz referência a Ramey e Ramey (1998), para mencionar que crianças portadoras de determinados atributos biológicos ou sob o efeito de variáveis ambientais apresentam maiores probabilidades de atraso no desenvolvimento, quando comparadas com crianças que não estiveram expostas a essas variáveis, estas variáveis são consideradas fatores de risco.

Dentro da noção de risco, está a ideia de Guralnick (1998) que refere a existência de fatores, no seio da família, que podem afetar o desenvolvimento da criança nomeadamente as características interpessoais dos pais (escolaridade, grau de depressão, experiências intergeracionais e expectativas culturais) e as características que não estão diretamente relacionadas com alguma deficiência da criança, nomeadamente a qualidade do relacionamento entre o casal, o temperamento da criança e as fontes de apoio disponíveis, entre elas os recursos e a rede de apoio social que a família dispõe (Maia & Williams, 2005).

São vários os fatores que podem colocar as crianças em situação de risco, mencionados pelo SNIPI:

- Crianças expostas a fatores de risco biológico, refere-se às crianças que estão em risco de virem a manifestar limitações na atividade e participação, por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento, isto é, crianças que apresentam um conjunto de fatores que sucederam no período pré-natal, neonatal ou pós-natal, nomeadamente doenças do metabolismo e deficiências nutricionais da mãe durante a gravidez, baixo peso à nascença, anoxia, nascimento prematuro e outros;

- Risco Estabelecido, diz respeito às crianças que apresentam défices precoces de desenvolvimento que se acredita estarem relacionadas com perturbações diagnosticadas como pertencentes ao foro físico como por exemplo o síndrome de Down, erros congénitos de metabolismo, anomalias congénitas múltiplas e anomalias morfológicas;

- Risco Ambiental, diz respeito às crianças cujas experiências são claramente limitadas nos primeiros anos de vida, nomeadamente no que diz respeito à ligação com a mãe, organização familiar, cuidados de saúde, nutrição e oportunidades de estimulação em termos físicos, sociais e de adaptação, ou seja, crianças expostas a fatores parentais ou contextuais que atuam como obstáculos às suas possibilidades de

desenvolvimento ou dificultam o seu bem estar. Estes fatores podem estar relacionados com o atraso de desenvolvimento.

Em síntese e de acordo com a literatura consultada, verificamos que existem fatores que colocam em risco o desenvolvimento da criança, por isso é importante que os profissionais que atuam junto das crianças e das famílias tomem conhecimento desses fatores, com o intuito de minimizarem as crenças e as questões pessoais que possam contrariar a identificação do risco a que a criança pode estar exposta e ao mesmo tempo, é importante que os profissionais tomem consciência da importância que o seu trabalho tem na identificação do risco denunciando-o de forma a intervirem na promoção do seu bem-estar. Entre esses profissionais podemos destacar médicos, psicólogos, assistentes sociais, professores, educadores entre outros.

2.1.2 Fatores de Proteção

Paralelamente aos fatores de risco existem também fatores de proteção que são apresentados como recursos pessoais e sociais que reduzem ou neutralizam o impacto que os fatores de risco podem causar (Sapienza & Pedromônico, 2005). Desta forma, os fatores de proteção podem funcionar como um escudo, com o intuito de favorecer o desenvolvimento da criança.

Maia & Williams (2005) fazem referência a vários autores que identificaram alguns fatores de proteção da criança, como por exemplo o temperamento positivo, a inteligência acima da média e as competências sociais. Também fatores familiares podem promover a proteção nomeadamente, o suporte dos pais, a proximidade da família e um ambiente adequado de regras e ainda fatores da comunidade, podem ser considerados como promotores de proteção designadamente, o relacionamento que a criança apresenta com os seus pares fora da família, com outros adultos significativos e ainda com instituições com as quais mantenha contato, entre outros.

A mesma fonte faz ainda referência a Werner (1998), para mencionar o facto de que há crianças que possuem algumas características que lhes permitem lidar de forma adequada com as adversidades. Estas crianças têm sentido de eficácia e autocompetência, socialmente são mais percetivos do que os seus pares que não têm capacidade para lidar com as adversidades, conseguem despertar atenções positivas nas outras pessoas e têm a capacidade de solicitar, quando necessário, a sua ajuda. Também

é apontado como fator de proteção o vínculo afetivo, que a criança estabelece com um cuidador alternativo, como é o caso dos avós ou dos irmãos. Este cuidador pode vir a tornar-se um importante suporte nos momentos stressantes promovendo a competência, a autonomia e a confiança da criança.

Os amigos e a escola são também considerados importantes fatores de proteção uma vez que, fornecem suporte emocional e os professores podem vir a ser encarados, por parte da criança, como um modelo positivo de identificação pessoal (Werner 1998, citado por Maia & Williams, 2005). Desta forma, verificamos que os fatores de proteção tem como característica principal criar uma mudança profunda na resposta do individuo aos fatores de risco a que está exposto, conferindo-lhes a função de reduzir o impacto do risco; reduzir as reações negativas em cadeia que, por norma, seguem a exposição da criança à situação de risco; criar e manter a autoestima e autoeficácia, sobretudo no estabelecimento de relações de apego seguras e criar oportunidades com o intuito de reverter os efeitos do stresse (Rutter, 1987, referido por Pesce, Assis, et al., 2004).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPITULO I

1. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

No âmbito da investigação que nos propusemos realizar, com vista a percebermos como atuam os profissionais que desempenham funções na área da Intervenção Precoce na Infância, que passaremos a designar por IPI, no Distrito de Portalegre, pretendemos caracterizar as práticas dos profissionais, nomeadamente no que diz respeito ao papel dos docentes nas Equipas Locais de Intervenção, a partir de agora designadas por ELI's, e às práticas por eles implementadas nos diversos contextos em que prestam apoios às crianças em situação de risco e suas famílias, ou seja, jardim-de-infância, creche ou domicílio.

Assim, propomo-nos realizar um estudo exploratório que contribua para:

- Caracterizar as metodologias de intervenção utilizadas pelos docentes, nos apoios prestados às crianças e às suas famílias;
- Verificar se existe um modelo teórico, que seja transversal aos vários profissionais e equipas na implementação dos programas de apoio;
- Verificar se a formação de base dos docentes, tem implicações nas metodologias de intervenção e na tipologia dos apoios prestados;
- Caracterizar os modelos de trabalho em equipa das várias equipas locais de intervenção;
- Caracterizar os tipos de risco dos casos maioritariamente acompanhados pelos docentes das equipas e se essa condição influencia também a tipologia dos apoios prestados.

Tendo em vista o exposto anteriormente, pretendemos, com este estudo, verificar se as equipas locais de intervenção, a atuar no distrito de Portalegre e que participaram nesta investigação, estão realmente a desenvolver as suas práticas em conformidade com o que é internacionalmente recomendado e com a legislação em vigor.

Desta forma, considerando os objetivos formulados surgem-nos algumas questões de investigação nomeadamente:

- a) De que forma docentes e coordenadores das equipas, encaram a intervenção centrada na família?

- b) Em que medida a formação inicial, especializada e em serviço dos docentes influencia as práticas implementadas?
- c) A que população é maioritariamente dirigido o programa de Intervenção Precoce?
- d) De que forma docentes e coordenadores das equipas, perspetivam o futuro da Intervenção Precoce em Portugal?
- e) Como se realiza a formação e a supervisão dos profissionais que constituem as equipas?

A nossa investigação prende-se essencialmente, com o estudo das práticas implementadas pelos docentes que integram as equipas pluridisciplinares no domínio da intervenção precoce, nomeadamente perceber se as suas práticas vão ao encontro daquilo que é preconizado pelos modelos teóricos internacionalmente recomendados por vários autores, particularmente no que concerne a uma intervenção centrada na família.

2. MÉTODO

No sentido de realizarmos o estudo exploratório definimos como amostra de conveniência para a realização da nossa investigação, as Equipas de Intervenção Direta do distrito de Portalegre, e escolhemos este distrito por se encontrar na nossa zona de atuação.

2.1. PROCEDIMENTOS

De modo a podermos obter dados que pudessem ser representativos, no que diz respeito às características dos docentes de IPI do Distrito de Portalegre contactámos, num primeiro momento, o Núcleo de Supervisão Técnica do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) a fim de obtermos autorização para a recolha de dados junto das referidas equipas. Após este primeiro contacto, o Núcleo de Supervisão Técnica do SNIPI, remeteu o nosso pedido à Subcomissão de Coordenação Regional do Alentejo e, só após o aval desta é que obtivemos autorização para a realização da nossa investigação.

Obtida a autorização necessária, contactámos por telefone e/ou email todos os coordenadores das respetivas ELI's, que haviam sido previamente informados pelo Núcleo de Supervisão Técnica do SNIPI da realização desta investigação, afim de

marcamos reuniões com o intuito de explanarmos os objetivos do nosso estudo exploratório.

As reuniões foram realizadas nas sedes de cada uma das ELI's, e estiveram presentes todos os profissionais que as integram, embora esta investigação se centre, especificamente, nas práticas dos docentes a desempenhar funções nas equipas. Foi durante estas reuniões que expusemos os objetivos da nossa investigação e respondemos a algumas questões colocadas quer pelos coordenadores quer pelos docentes, no decurso das mesmas tivemos também oportunidade de dialogar informalmente sobre os serviços que as ELI's prestam às famílias e às crianças.

A recolha de dados foi realizada entre Março e Julho de 2013, sendo de referir que das sete ELI's que atuam no distrito de Portalegre, duas delas não se mostraram interessadas em participar no nosso estudo.

2.2. INSTRUMENTOS

As opções metodológicas adotadas para a realização deste estudo exploratório prenderam-se basicamente com a nossa motivação na investigação e com os requisitos científicos e éticos necessários à compreensão e possível explicação dos objetivos da mesma, desta forma optámos por efetuar a recolha de dados através de um inquérito por questionário, que é um instrumento de investigação que visa recolher informações baseando-se, geralmente, na inquisição de um grupo representativo da população em estudo (Quivy e Campenhoudt, 2008).

De acordo com os mesmos autores, embora o questionário tenha algumas limitações, é extremamente útil quando pretendemos recolher informação sobre um determinado tema, por isso achamos pertinente a sua utilização na nossa investigação, uma vez que a sua importância passa, também, pela facilidade com que se interroga um elevado número de pessoas, num espaço de tempo relativamente curto.

Segundo Almeida (2008), a utilização dos questionários tem a vantagem de não existir uma interação direta entre o inquirido e o investigador, o que permite que quem responde permaneça anónimo o que, por vezes, permite uma maior honestidade nas respostas, bem como respostas mais completas. Também são referidas algumas limitações na utilização deste método, nomeadamente no que concerne ao número de indivíduos que poderão não responder a algumas das questões colocadas por não lhes

interessar o tema em estudo e, ao facto de que não estando o investigador presente, quando o sujeito responde, este não ter quem lhe esclareça eventuais dúvidas que possam surgir e, desta forma, poderá responder de forma subjetiva e de forma tendenciosa. No sentido de colmatar esta dificuldade o investigador deve expor, de forma simples e objetiva as questões que quer ver respondidas. Miller (1986, citado por Almeida, 2008) refere que o questionário é útil quando dirigido a populações letradas, o que, no nosso caso, se verifica uma vez que os questionários são dirigidos a profissionais licenciados em educação de infância e em educação básica.

No questionário que elaborámos, existem dois tipos de questões: questões de resposta aberta e questões de resposta fechada. As questões de resposta aberta permitem ao inquirido, construir a resposta com as suas próprias palavras o que lhe permite expressar a sua opinião de uma forma livre, o que contribui para o enriquecimento dos dados recolhidos. A principal desvantagem apresentada por este tipo de questões é a morosidade na análise dos dados. Relativamente às questões de resposta fechada, são aquelas nas quais o inquirido apenas seleciona a opção (de entre as apresentadas), que mais se adequam à sua opinião e tem como principal desvantagem limitar a resposta do inquirido (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Os questionários aplicados aos docentes e aos coordenadores das ELI's foram elaborados por nós com base no questionário de Pimentel (2005). Estes questionários são constituídos por questões fechadas e abertas e, com elas, pretendemos perceber como atuam os docentes que integram as ELI's, tanto junto das crianças como junto das famílias. Desta forma, as questões que colocámos aos coordenadores prendem-se principalmente com a avaliação das crianças e das famílias, com o programa de IP, com a avaliação do programa e ainda algumas questões abertas, relativamente à sua perceção sobre a intervenção centrada na família e à forma como as famílias encaram essa prática, bem como sobre a Intervenção Precoce na Infância em Portugal (ver Anexo I).

O questionário dirigido aos docentes tem questões que visam essencialmente a identificação do objetivo global do programa, a caracterização da população atendida, da coordenação interserviços, dos objetivos específicos do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) e respetiva avaliação, a interdisciplinaridade, o planeamento da intervenção, o relacionamento pais-profissionais, o aconselhamento e suporte, a formação e supervisão dos profissionais da equipa, a avaliação dos efeitos do programa e ainda questões abertas relativamente à intervenção centrada na família, à formação

dos profissionais que atuam no âmbito da Intervenção Precoce na Infância (IPI) e questões relativamente ao que se passa em Portugal (ver Anexo II).

2.3. PARTICIPANTES

No distrito do Portalegre existem sete Equipas Locais de Intervenção (ELI's), a atuar no âmbito da Intervenção Precoce na Infância, no entanto, na nossa investigação só participam cinco, as quais passaremos a designar por ELI1, ELI2; ELI3, ELI4 e ELI5. Cada uma das referidas equipas tem um coordenador que, em alguns casos desempenha também a função de docente no seio da equipa que coordena. No total, fazem parte das cinco equipas, 42 profissionais, a atuar nos vários conselhos do distrito de Portalegre, no âmbito da Intervenção Precoce (IP).

Embora as equipas sejam constituídas por profissionais de diferentes áreas de formação de base, o nosso estudo irá centrar-se essencialmente no papel dos docentes e dos coordenadores a atuar nas mesmas, desta forma fazem parte da investigação doze docentes, dos quais nove são professores do 1º e 2º ciclo do ensino básico e três são educadores de infância, e participaram também no estudo os cinco coordenadores das equipas locais de intervenção estudadas.

O tempo de serviço dos docentes em IPI é, na maioria dos casos, de 4 anos apenas um docente tem 3 anos de serviço em intervenção precoce.

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

No que se refere às questões fechadas dos questionários, optámos, dada a dimensão reduzida da amostra, por realizar apenas análise de frequências de respostas percentagens, e desta forma não procedemos a qualquer análise estatística inferencial, mas apenas descritiva. Nas referidas questões os docentes tinham que sinalizar a resposta que consideravam mais adequada à sua situação, correspondendo aos grupos I; II; III (ver anexo II), com categorias definidas à priori. .

Relativamente às questões abertas realizamos a análise de conteúdo. Segundo Tegethof (2007), com base em Denzin & Lincoln (1994), a análise de conteúdo tem como objetivo isolar, contar e interpretar temas, questões e motivos que sejam recorrentes no material em estudo. O autor refere ainda, segundo Smith (2000), que através do método de codificação, uma grande e importante informação qualitativa pode

ser reduzida a um pequeno conjunto de informação de mais fácil consulta. A análise de conteúdo uma vez que as categorias não foram criadas à priori, mas surgiram a partir da análise das respostas dadas pelos profissionais.

Desta forma, após efetuarmos a análise de conteúdo fizemos uma codificação temática que nos permitiu estabelecer as seguintes categorias, no que concerne às questões que dizem respeito à intervenção centrada na família:

Categorias	Definição
Necessidades e expectativas da família	Inclui capacitar as famílias das crianças apoiadas pela IPI, para as ajudar a ultrapassar as dificuldades encontradas e onde são trabalhados os objetivos definidos pela família em conjunto com os profissionais das equipas e, também, respeitar as especificidades da família e as suas preocupações. Exemplos de respostas obtidas; " <i>Intervir para capacitar as famílias</i> "; " <i>Intervenção que contempla as preocupações e objetivos da família</i> ".
Identificar os problemas da família	Inclui identificar as prioridades da família de forma a valorizá-la e a reconhecer os seus pontos fortes. Exemplos de respostas obtidas: " <i>Identificar os problemas e as prioridades das famílias</i> "; " <i>Valorizar a família reconhecendo os seus pontos fortes</i> ".
Individualizar a prestação de serviços	Inclui personalizar a prestação de serviços, encarar a família como uma prestadora de serviços e apoiar o seu modo de vida e os seus valores. Exemplo de respostas obtidas: " <i>Individualizar o mais possível o mais possível a prestação de serviços</i> "; " <i>Apoiar o modo de vida e os seus valores</i> ".
Identificar os apoios da comunidade	Inclui conhecer a rede de suporte que a família tem, de forma a coresponsabilizá-la e simultaneamente capacitá-la para que se sinta envolvida em todo o processo de intervenção. Exemplo de respostas obtidas: " <i>Conhecer os apoios da comunidade</i> "; " <i>Conhecer a rede de suporte</i> ".
Reuniões com a família	Inclui reunir frequentemente com a família para se traçarem planos de intervenção. Exemplo de respostas obtidas: " <i>Fazem-se reuniões com frequência com a família</i> ."

Quadro 2: Definição das categorias encontradas com base na análise de conteúdo dos questionários aplicados aos docentes

No que diz respeito à questão da formação dos profissionais a atuar no âmbito da Intervenção Precoce na Infância, encontramos apenas uma categoria: maior

investimento na formação, que inclui a formação ao longo do ano nas áreas do desenvolvimento infantil e nas necessidades educativas especiais.

Por fim, a ultima questão estava relacionada com a com as ideias dos docentes relativamente à Intervenção Precoce na Infância em Portugal. Também nesta questão apenas encontramos uma categoria: incerteza em relação ao futuro, que inclui a conjectura atual do nosso país e inclui a mobilidade dos docentes.

As categorias que definimos visam ser esclarecedoras relativamente às informações recolhidas, pois a análise de conteúdo dá-nos a possibilidade de tratar de forma metódica os assuntos chave que surgiram após a análise dos dados recolhidos.

CAPÍTULO II

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados está estruturada em dois subcapítulos, no primeiro expomos os dados que recolhemos junto dos coordenadores das ELI's e no segundo apresentamos os resultados obtidos de acordo com as informações dadas pelos docentes das respetivas equipas.

1. VISÃO DOS COORDENADORES

1.1. CARACTERIZAÇÃO GLOBAL DAS EQUIPAS

As ELI's que fizeram parte da nossa investigação têm como área de intervenção dez concelhos do distrito de Portalegre, sendo de referir que duas delas têm como área de abrangência três concelhos. As sedes das equipas estão localizadas em centros de saúde, na APPACDM de Portalegre e de Elvas e na Associação Coração Delta.

De acordo com a informação fornecida pelos coordenadores, a maioria das sedes das equipas, encontram-se próximas dos contextos de intervenção com exceção de uma que se encontra nos arredores, sendo esta equipa a única que disponibiliza transporte às crianças e famílias, no entanto, em muitas das localidades não existe rede de transportes públicos que permita o acesso às sedes das ELI's, com exceção de duas delas.

As cinco ELI's, que fazem parte desta investigação, são constituídas por 42 profissionais com formação específica em diferentes áreas. Assim, integram estas equipas: 5 Terapeutas Ocupacionais, 8 Terapeutas da Fala, 5 Assistentes Sociais, 9 Professores (1º e 2º ciclo do ensino básico), 3 Educadores de Infância, 6 Psicólogos, 2 Fisioterapeutas, 2 Enfermeiros e 1 Técnico Superior de Educação Especial e Reabilitação.

A maioria dos profissionais que fazem parte das ELI's, segundo os respetivos coordenadores, são contratados pelas entidades de suporte (APPACDM de Portalegre, APPACDM de Elvas e Coração Delta), existem profissionais efetivos e outros encontram-se em regime de prestação de serviços. Há a destacar o facto dos docentes,

na totalidade das equipas, pertencerem aos quadros do Ministério da Educação. Todos os coordenadores referem não ter voluntários ao seu serviço.

No que se refere à forma como as ELI's dão a conhecer os seus serviços, tanto às famílias como à comunidade, podemos verificar de acordo com o gráfico 1, que a forma mais usada na publicitação dos serviços prestados é através de panfletos (31%), dos parceiros (25%), de ações de sensibilização (19%), da comunicação social (13%) e por fim através dos respetivos sítios na internet (12%).

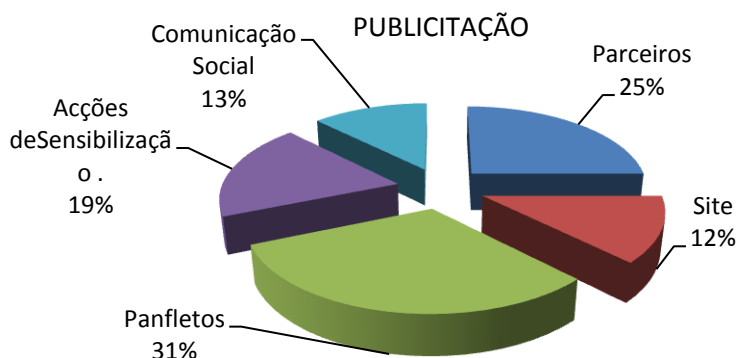


Gráfico 1: Modalidade de publicitação dos serviços prestados

Assim, com base nas informações fornecidas pelos coordenadores, constatamos que a forma das ELI's divulgarem os seus serviços junto das instituições e dos profissionais é realizada, sobretudo, através das reuniões com os parceiros e através de ações de sensibilização nos Jardins de Infância e nas Creches.

Quanto às famílias, principalmente as mais carenciadas e aquelas que se encontram em zonas isoladas, o conhecimento e divulgação dos serviços é efetuado, na sua maioria, pelos serviços sociais, pelas escolas e pelas Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

A análise da informação recolhida permite-nos, também, verificar que os objetivos do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), apontados pelos coordenadores das ELI's visam essencialmente capacitar e coresponsabilizar a família, respeitar as suas necessidades e expectativas, criar redes de apoio, promover, prevenir e reabilitar o desenvolvimento da criança e diagnosticar e intervir em crianças com perturbações no desenvolvimento ou em risco.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ATENDIDA

A maioria dos coordenadores refere que os destinatários da intervenção das respetivas ELI's são crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos de idade.

A população atendida pertence ao estrato social médio e médio-baixo e caracteriza-se por se encontrar geograficamente isolada, sendo que a maioria dos núcleos familiares é constituído por pais desempregados, beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI) ou a frequentarem cursos de formação profissional, e por famílias monoparentais.

Constatamos, segundo os dados recolhidos, que 2 coordenadores referem que a maioria dos contextos familiares que apoiam são situações de risco estabelecido (crianças com deficiência), 2 coordenadores mencionam pais de crianças em risco ambiental e 1 coordenador refere pais de crianças com atraso de desenvolvimento.

Podemos também aferir, tendo por base as informações disponibilizadas, que na totalidade das equipas o número de crianças em espera para uma primeira avaliação varia entre 0 e 7 crianças. Relativamente ao número de crianças que se encontravam em lista de espera para iniciarem o programa, o número varia entre 0 na maioria das equipas e 6 crianças nas restantes. As informações recolhidas mostram-nos que o tempo de espera para que as crianças fossem atendidas, antes de iniciarem todo o processo, se situava em aproximadamente 1 mês.

As crianças que foram atendidas no ano letivo 2012/2013, pelas cinco ELI's que fazem parte da nossa investigação, podem ser divididas em duas categorias, ou seja, as crianças que foram atendidas esporadicamente, mas que não tiveram continuidade no apoio e aquelas que tiveram apoio direto com periodicidade mínima mensal. Assim, e de acordo com a informação disponibilizada, constatamos que na primeira categoria se inserem 18 crianças, sendo que 7 delas se encontravam na ELI com o maior número de crianças nesta situação e, 1 criança na que tinha menor número, na segunda categoria estavam cerca de 338 crianças variando o número de crianças entre 95 na ELI com maior número de crianças e 35 na ELI com menor número de crianças, respetivamente.

Estas crianças apresentavam como características específicas, o facto de serem crianças com atraso de desenvolvimento de etiologia não esclarecida, mencionada pela totalidade dos coordenadores, estes referem ainda outras características, nomeadamente crianças com deficiência comprovada, como sendo a segunda situação mais frequente que se verifica junto das crianças que apoiam, e a terceira, as crianças com problemas

de comportamento, seguem-se as crianças com atraso de desenvolvimento por falta de estimulação e negligenciadas.

1.3. COORDENAÇÃO INTERSERVIÇOS

A totalidade dos coordenadores menciona que existe colaboração direta com outros serviços, nomeadamente com os jardins de infância, centros de saúde, agrupamentos de escolas, equipas do RSI, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e com o Núcleo de Supervisão Técnica do SNIPI, mantendo com estes parceiros uma relação de colaboração, articulação e reuniões periódicas.

Ao analisarmos as informações dadas pelos coordenadores, constatámos que as atividades executadas em colaboração e/ou partilhadas com outros serviços/parceiros, foram: a identificação dos casos, a avaliação inicial, a avaliação especializada, as reuniões de supervisão, as reuniões de estudo e orientação de casos; e assinalam, ainda, outras atividades nomeadamente as ações de sensibilização dirigidas à comunidade.

O planeamento do futuro, relativamente aos serviços para crianças com Necessidades Educativas Especiais (N.E.E.) os coordenadores responderam que existe colaboração com as educadoras dos jardins de infância, no sentido de haver continuidade dos apoios, referem também a existência de uma articulação próxima e direta com todos os intervenientes, falam também numa ficha de encaminhamento para o 1º ciclo do Ensino Básico, de forma a assegurar um processo de transição articulado e coordenado, referem ainda a importância de capacitar a família para essa transição.

É também relevante neste processo, e de acordo com os coordenadores, fazer o levantamento e rentabilizar os recursos existentes, bem como, fazer a avaliação das crianças e das famílias no sentido de estas serem encaminhadas para consultas de especialidade se for necessário.

Os coordenadores apresentam também os procedimentos usuais que o programa segue quando as crianças transitam para uma estrutura pré-escolar ou escolar, neste sentido referem o envio de relatórios para as referidas instituições de ensino e a realização de reuniões com os docentes que irão receber as crianças, alguns dos coordenadores referem, igualmente, que transmitem informação aos pais no sentido de estes pedirem outros apoios quando necessitarem.

1.4. AVALIAÇÃO DAS CRIANÇAS

Uma das metodologias utilizadas na avaliação, referida por todos os coordenadores, inclui a observação direta realizada nos jardins-de-infância ou, no local escolhido pela família. Esta observação direta é, em alguns dos casos, realizada três vezes por ano, em outros é referido que nunca inferior a 6 meses.

No que se refere aos instrumentos usados para a avaliação do desenvolvimento das crianças, a maioria dos coordenadores refere a utilização da Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (GRIFFITHS), Escala de Inteligência de Wechsler para a Idade Pré-Escolar e Primária (WPPSI-R), Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (SGSS II), entre outras escalas de avaliação de desenvolvimento. As áreas específicas mencionadas, pelos coordenadores, nas quais é feita a avaliação das crianças são as áreas do desenvolvimento global, linguagem e motricidade, é também referido que fazem avaliações na área das competências sociais. Estas avaliações, segundo as informações fornecidas, são realizadas sempre que se justifiquem, no entanto, é comum a todos a realização de uma avaliação semestral.

De acordo com os coordenadores, não existe metodologia específica na avaliação de crianças com dificuldades ou deficiências particulares, ou seja, cada um deles apresenta uma forma diferente de avaliação destas crianças, deste modo, as metodologias utilizadas são instrumentos destinados a cada problemática. No que concerne às adaptações de instrumentos, nenhum coordenador refere a sua adaptação, mencionam como forma de avaliação uma intervenção que envolva a maioria das pessoas que lidam diariamente com a criança e que dependendo da especificidade da dificuldade da criança assim é designado o profissional para avaliar e apoiar essa criança. Quando abordamos o tema do papel dos pais na avaliação, a maioria dos coordenadores refere que é permitido aos pais observarem as avaliações realizadas pelos profissionais, com exceção de um que refere não ser permitida a sua participação.

Quando os pais não demonstram interesse em estar presentes, a maioria dos coordenadores mencionam que solicitam a sua presença. Também verificamos, através das informações recolhidas, que a função dos pais nas avaliações dos seus filhos, passa pelo seu envolvimento ativo de forma a perceber-se quais as suas maiores preocupações e expectativas, para a maioria dos coordenadores a função dos pais na avaliação dos seus filhos visa dar informação e responder a questões relacionadas com a funcionalidade da criança. Mas as avaliações não são apenas das crianças, segundo os

cinco coordenadores, as famílias também são avaliadas nomeadamente, no que concerne às suas preocupações, neste sentido essas avaliações são realizadas através de entrevistas e instrumentos específicos utilizados pelas equipas.

Relativamente à forma de informar os pais quanto aos resultados das avaliações dos seus filhos, a maioria dos coordenadores mencionam que o fazem tanto oralmente como por escrito. Os documentos onde ficam registados os resultados e as conclusões das avaliações são: relatórios, Plano Educativo Individual (PEI), Programa Individual de Intervenção Precoce (PIIP), Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e notas informais.

Os coordenadores das ELI's em estudo, deram-nos a conhecer os profissionais que fazem, normalmente, as avaliações, desta forma verificamos que os psicólogos são comuns a todas as ELI's o mesmo se verifica com os terapeutas da fala e os docentes. Os assistentes sociais também estão presentes na maioria das ELI's, assim como os terapeutas ocupacionais. Os fisioterapeutas, o médico e o enfermeiro participam em algumas.

O processo utilizado na avaliação é feito, de acordo com a maioria dos coordenadores, pelos profissionais da área em que a criança foi sinalizada. As avaliações especializadas são realizadas em todas as ELI's, com base na informação disponibilizada, em algumas das equipas são efetuadas pelo terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta ou psicólogo. Um dos coordenadores refere que em alguns casos, as avaliações são efetuadas nas consultas de desenvolvimento ou de especialidade dos hospitais distritais (Évora e Portalegre).

Ao abordarmos a questão sobre o local onde se realizam as avaliações, bem como a frequência com que são efetuadas, verificamos que a maioria dos coordenadores menciona que as ELI's que coordenam, o fazem no contexto onde se encontra a criança, nomeadamente jardim-de-infância, creche ou domicílio, assim como na própria sede da equipa. Outros coordenadores referem como local da realização das avaliações os hospitais de Évora e de Portalegre e também é referido que a avaliação é efetuada no local que a família preferir.

1.5. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Com base nas informações dadas pelos vários coordenadores, os objetivos destinados às crianças, passam por respeitar o ritmo da criança e da família, intervir numa perspetiva centrada na família, ultrapassar os handicaps presentes no desenvolvimento da criança, envolver a família, aumentar as competências da criança, trabalhar o desenvolvimento da criança e da família. Para além dos objetivos dirigidos à criança, também nos foram relatados objetivos específicos do PIIP dirigidos aos pais, nomeadamente aproveitar os recursos da família e da comunidade, passar competências, capacitar e esclarecer.

Os locais onde se realizam a maioria dos apoios são nos jardins de infância/creches, no entanto, também são realizados nos domicílios, nas sedes das ELIs ou alternadamente em dois destes locais; um dos coordenadores referiu ainda o centro de acolhimento temporário.

Relativamente aos apoios prestados nos domicílios, a totalidade dos coordenadores refere que é de extrema importância este tipo de intervenção sendo priorizada sempre que possível, dois coordenadores especificam e referem que nas ELIs que coordenam existe a preocupação de estruturar os apoios domiciliários de acordo com a família. Apesar das equipas terem como referência a metodologia de intervenção centrada na família, um coordenador refere que existem famílias que não aceitam este tipo de apoio.

A frequência com que se realizam os apoios tem uma periodicidade semanal em todas as ELIs, embora em algumas delas essa frequência possa ser também quinzenal e mensal, dependendo dos casos que estão a acompanhar.

A duração das sessões situa-se entre os 30 e os 60 minutos e o número de casos acompanhados pelos profissionais é de aproximadamente 200 crianças para a totalidade das equipas. A duração média do período em que os casos são apoiados é de 2 anos, podendo esse período ser menor em algumas situações, os critérios utilizados para dar como finalizado o apoio, segundo os coordenadores, passam pela superação da problemática da criança e/ou a criança/família não necessitar mais do apoio, pelo facto de a criança ser encaminhada para outro tipo de serviço, ou transitar para o 1º Ciclo do Ensino Básico.

É mencionado por todos os coordenadores a existência de planeamento da intervenção educativa, a forma como a fazem tem por base, para a totalidade das ELIs

em estudo, as impressões/notas resultantes da observação direta, a utilização de instrumentos padronizados nomeadamente SGSS II e o PIIP. Todos referem que ao longo do planeamento são definidos objetivos tanto para a criança como para a família, na maioria dos casos numa base semestral, e em algumas equipas fazem-no trimestralmente ou mensalmente. Ainda no decorrer da planificação da intervenção, é mencionado pela totalidade dos coordenadores, que fazem uma intervenção sistemática com a família com vista a responder tanto aos problemas da criança como aos problemas da família.

1.6. RELACIONAMENTO, ACONSELHAMENTO E SUPORTE

As perspetivas que os coordenadores das ELI's têm, relativamente à relação pais-profissionais, é descrita por eles como uma relação onde impera o respeito pelos valores, princípios, interesses, prioridades e perceções das famílias. Salientam também o respeito pelos ritmos e rituais da família, a criação de laços com o intuito da família utilizar as suas competências, bem como a aquisição de novas aptidões de forma a responder às necessidades identificadas e ainda o facto de as famílias serem encaradas como parceiros, existindo uma relação de cooperação, flexibilidade e proximidade assim como uma relação baseada na confiança.

É comum a todas as equipas a existência de um responsável de caso, os critérios utilizados para a escolha do mesmo varia, há equipas onde o responsável de caso é escolhido de acordo com a avaliação que é feita da situação, bem como aquele que melhor se adapte às necessidades e expectativas da família. Outros dos critérios utilizados, por algumas das equipas na escolha do responsável de caso, são o tempo que o técnico se encontra a prestar serviço na ELI, a idade da criança e o contexto onde se esta se encontra inserida.

A informação recolhida mostra-nos de uma maneira geral, a forma como as famílias são aconselhadas e apoiadas pelas equipas, desta forma, a maioria dos coordenadores menciona que encaminham as famílias para outras instituições ou serviços sempre que necessário, sendo assim referem que habitualmente fornecem todas as indicações necessárias para o efeito e/ou enviam algum relatório/informação por escrito ou até acompanham os pais.

Também, na maiorias das situações, os coordenares referem que auxiliam os pais, no que diz respeito aos seus direitos, benefícios ou subsídios. Este auxílio é feito oralmente ou através do acompanhamento dos mesmos aos serviços onde esses assuntos são tratados, em alguns casos também é referido que o auxilio prestado é feito por escrito.

Podemos verificar que a maioria das equipas, não promove ações formação parental, ou seja, algumas delas mencionam que não oferecem cursos de educação parental, no entanto referem terem realizado algumas sessões de esclarecimento ao longo do ano. Apenas uma ELI, refere ter realizado cursos de formação parental, centrando o conteúdo da formação no desenvolvimento infantil.

1.7. FORMAÇÃO E SUPERVISÃO

As equipas de intervenção local, que participaram no nosso estudo, são equipas constituídas por profissionais de diferentes áreas de especialização. Desta forma, a maioria dos profissionais intervém de acordo com a sua formação de base, uma vez que apenas alguns coordenadores é que realizaram algum tipo de formação especializada em IP, assim como um educador de infância que tem uma especialização em educação especial.

Podemos verificar também que, a maior parte dos coordenadores, referem não existir um programa de formação em serviço nas ELI's que coordenam, alguns fazem referência ao facto de os técnicos frequentarem ações de formação de acordo com as suas necessidades, ou que existe um programa de formação em serviço embora não seja especificamente dirigido para o domínio da Intervenção Precoce.

No que diz respeito à supervisão externa, é mencionado pela maioria dos coordenadores que é realizada pelo núcleo de supervisão técnica com uma periodicidade de 4 a 6 meses e com uma duração média de 2 horas e 30 minutos. Contudo algumas equipas preocupam-se em realizar periodicamente supervisão interna, efetuada pelo próprio coordenador, quinzenalmente, com uma duração média de 1 hora e existem ainda equipas onde não é realizado qualquer tipo de supervisão.

Nas situações em que consideram existir supervisão interna, o supervisor tem a função de assegurar o respeito pelos princípios do programa e avaliar o desempenho dos

profissionais, proporcionar formação em serviço, dar apoio profissional, assegurar a colaboração entre os técnicos e outros serviços e fazer a coordenação da equipa.

1.8.AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO PROGRAMA

A forma de registo dos efeitos do programa de IPI é, na sua maioria, realizada através de relatórios escritos das sessões de apoio e dos dados obtidos com base nos vários instrumentos de avaliação. Todos os coordenadores mencionaram não ter sido realizado durante o ano letivo 2012/2013, nas ELI's que coordenam, qualquer estudo longitudinal das crianças atendidas pelo programa. O mesmo se verifica quando questionados sobre o facto de ter havido ou não algum estudo pontual de avaliação dos resultados do programa, todavia é mencionado por alguns coordenadores que esse estudo foi realizado no âmbito do relatório anual da equipa e no relatório de atividades da entidade de suporte.

Há ainda a referir que a maioria dos coordenadores, avaliam o impacto do PIIP nas famílias, fazendo a revisão das práticas e das políticas do programa de intervenção, no sentido de verificar se os modelos teóricos e normativos legais estão a ser implementados nas práticas, consultando para esse fim os técnicos da equipa, recolhendo as opiniões dos pais e um dos coordenadores refere também que consulta as opiniões de peritos independentes. A forma como os coordenadores avaliam o impacto do programa nas famílias é, na maioria dos casos, através da aplicação de questionários de satisfação parental, aos pais sobre a eficácia do PIIP, e o impacto na sua família, bem como através da aplicação de questionários de satisfação aos técnicos sobre a metodologia do programa.

No que diz respeito à avaliação do PIIP, a maior parte dos coordenadores referem que é realizada através dos procedimentos habituais, nomeadamente pela elaboração de relatórios, e a avaliação é feita em conjunto com a família em reuniões regulares de forma a avaliar o seu grau de satisfação. Contudo, alguns coordenadores não explicitam nenhum procedimento formal.

Devemos referir ainda, que a totalidade dos coordenadores menciona que a confidencialidade é imperativa, no que concerne às informações individuais das crianças/famílias, alguns dos coordenadores referem, também, que os dados dos

processos, só são partilhados com os técnicos das respetivas equipas com o consentimento da família.

1.9. OPINIÃO SOBRE AS PRÁTICAS

Considerando que a metodologia de intervenção centrada na família é uma das práticas internacionalmente recomendada questionamos os coordenadores sobre esta forma de atuação. Assim, verificamos que a maioria dos coordenadores acreditam na intervenção centrada na família e que tentam colocá-la em prática; no entanto, mencionam que na maior parte dos casos que atendem isso não se verifica pois, por vezes, torna-se difícil envolver as famílias no processo. É também mencionado que este tipo de intervenção é difícil de ser colocada em prática devido à existência de alguns constrangimentos tanto por parte da família como por parte dos técnicos, nomeadamente no que diz respeito ao seu perfil e aos muitos casos que os profissionais da ELI atendem.

No que diz respeito aos aspetos organizativos da implementação da Intervenção Precoce em Portugal, as opiniões dos coordenadores assemelham-se, no entanto, a sua resposta baseia-se sobretudo no conhecimento que têm relativamente ao funcionamento da ELI que coordenam, tal como refere um dos coordenadores ao considerar que, no distrito de Portalegre, a intervenção precoce funciona bem apesar de ressaltar a falta de recursos humanos que se verificam nas equipas. É pertinente referir que é feita alusão à pouca disponibilidade dos pais para receberem os técnicos em casa, o que segundo a opinião de alguns coordenadores compromete a intervenção centrada na família.

A maioria dos coordenadores consideram importante a formação desde que dada por profissionais de IP com experiência, referem ainda que os técnicos devem ser sensíveis, terem vontade de trabalhar e perfil para este tipo de prestação de serviço.

Os coordenadores das ELI's encaram o futuro da Intervenção Precoce em Portugal com o desejo de que esta continue a funcionar como até aqui, têm também a ideia de que tem o enquadramento adequado, uma vez que os três Ministérios trabalham em articulação, e desde que a IPI seja entendida como um atendimento individualizado e exista vontade política. Apesar de todos terem uma ideia muito positiva relativamente ao futuro da IPI no nosso país, é mencionado o facto de que os profissionais de saúde

não entenderem o que é a Intervenção Precoce e que, por vezes, se intrometem no trabalho dos técnicos da ELI que se encontram no terreno.

2. VISÃO DOS DOCENTES

Os dados que apresentamos, em seguida, dizem respeito às informações recolhidas junto dos 12 docentes que fazem parte das cinco Equipas Locais de Intervenção em estudo, no distrito de Portalegre.

2.1. AVALIAÇÃO DAS CRIANÇAS

A maioria dos docentes refere que a primeira avaliação realizada à criança, é feita por mais do que um técnico, embora alguns deles referiram que essa avaliação é efetuada pelo técnico que melhor se enquadra na problemática da criança e, é ainda mencionado por alguns profissionais, que a família em alguns casos está presente assim como a educadora titular de turma do jardim-de-infância que a criança frequenta.

A metodologia utilizada pelos docentes na avaliação da criança é a avaliação informal e a utilização de instrumentos de referência a normas, nomeadamente escalas de desenvolvimento, nomeadamente, Griffiths, WPPSI e SGSII. Para além destas formas de avaliação, utilizadas pela maioria dos docentes, alguns deles fazem também referência à observação em sala de aula como forma de avaliação e, ainda, os registos informais do avaliador relativamente às informações/comportamentos da criança/família.

Alguns dos docentes mencionam que os pais não estão presentes e não participam na avaliação, ao perguntarmos qual a razão de tal acontecer, os docentes aludem ao facto de, por norma, as famílias não mostrarem muita disponibilidade para estarem presentes durante a realização das avaliações, uma vez que estas são efetuadas no jardim-de-infância ou, unicamente, por falta de disponibilidade dos pais. Outras das justificações apresentadas é que desta forma os resultados da avaliação não são alterados, pois estes docentes consideram que a presença dos pais pode interferir e/ou condicionar o comportamento e o desempenho da criança, no entanto, poderá posteriormente ser pedida alguma informação de forma a esclarecer alguma questão.

Contudo é de salientar que a maioria dos docentes referem que nas ELI's onde trabalham, os pais participam na avaliação referindo que o fazem ao responderem às questões que lhes são colocadas bem como, fornecerem outras informações que considerem pertinentes no sentido de induzir a criança a participar nas atividades.

Os profissionais que realizam as avaliações têm formação inicial em diferentes áreas, o gráfico que a seguir apresentamos, mostra-nos as diferentes áreas de formação dos técnicos que atuam nas cinco ELI's:

Área de formação dos técnicos

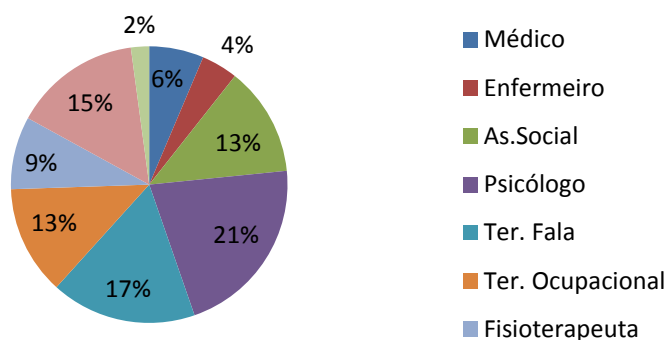


Gráfico 2: Área de formação dos técnicos que realizam as avaliações

Após analisarmos o gráfico, verificamos que 21% dos profissionais que realizam as avaliações das crianças e das famílias são Psicólogos, 17% Terapeutas da Fala, 15% Docentes, 13% Terapeutas Ocupacionais e Assistentes Sociais, 9% Fisioterapeutas, 6% Médicos, 4% Enfermeiros e 2% técnicos que a equipa escolhe tendo em conta aquele que melhor se enquadra na problemática da criança/família.

As avaliações das crianças são, na maioria dos casos, realizadas no Jardim de Infância, nas Creches e nos domicílios, também é referido por alguns profissionais, que para além destes três contextos, a avaliação pode ser realizada noutro local, dependendo da problemática das crianças.

Segundo os dados recolhidos, na totalidade das ELI's, as crianças são reavaliadas regularmente, na maioria essa reavaliação é efetuada, em média, de 6 em 6 meses, no entanto verificamos que em algumas situações é realizada anualmente. A reavaliação é feita na maioria das equipas pelos mesmos técnicos que realizaram a primeira avaliação.

Os docentes também deram a sua opinião, relativamente ao facto das famílias demonstrarem desejo de que as crianças fossem observadas por outros profissionais que não os da ELI, no entanto, a maioria refere que não é habitual as famílias solicitarem

que os seus filhos sejam avaliados por outros profissionais e justificam esta posição, mencionando que as famílias confiam nos profissionais que as apoiam, uma vez que existe um trabalho de parceria e ainda o facto de haver um bom relacionamento entre o responsável de caso e a família, por isso esta sente-se confortável com a avaliação efetuada. Apesar disso, dois docentes referem que algumas famílias demonstram interesse em que os filhos sejam observados por outros técnicos, nomeadamente o médico, porque sentem mais confiança nas palavras deste especialista, ou por outro profissional dependendo da problemática da criança.

Em suma, a maior parte dos docentes refere que a maioria das famílias não pediu a reavaliação por parte de outros técnicos porque, segundo eles, as famílias percebem que aquilo que os técnicos da ELI dizem e fazem vai ao encontro daquilo que eles próprios sentem, também o facto do responsável de caso e a família interagirem contribui para que as famílias não sintam necessidade de pedir uma reavaliação a técnicos exteriores às ELI's.

A forma através da qual a família é informada dos resultados das avaliações é unânime entre todos os docentes, ou seja, as famílias são informadas através de relatórios escritos e através de informação oral.

Para além da avaliação das crianças também as famílias são avaliadas, nomeadamente as suas preocupações, como é referido pela maioria dos docentes, a forma como fazem o registo das mesmas passa pelas entrevistas e por instrumentos específicos para o efeito, nomeadamente Plano Individual de Intervenção Precoce o (PIIP) e Entrevistas Baseadas nas Rotinas (EBR).

Os resultados e conclusões das avaliações são na sua maioria registados em relatórios, no PIIP e no Plano Educativo Individualizado (PEI). Com o intuito de compreendermos a avaliação que é efetuada às crianças, pedimos aos docentes, que participaram no nosso estudo, que nos falassem dos objetivos do PIIP nomeadamente aos que se dirigem às crianças. Desta forma, alguns destes profissionais referiram que os objetivos estão relacionados com o desenvolvimento e bem-estar emocional das crianças, bem como ao desenvolvimento pessoal e inclusão social, com vista a melhorar a qualidade de vida da criança/família. Identificar a problemática que inquieta a família com o intuito de a solucionar, é outro dos objetivos apresentado pelos docentes como fazendo parte do PIIP. Alguns dos docentes referem que os objetivos são planeados tendo em conta a problemática apresentada pela criança e os objetivos são aqueles que a família venha definir.

A forma da família participar na definição dos objetivos, é promovida através da sua presença e participação na elaboração do PIIP. Alguns docentes referem que procuram realizar entrevistas baseadas na rotina (EBR) com todas as famílias, de forma a participarem mais ativamente na definição dos objetivos e construção do PIIP, também as reuniões de estudo de caso onde as famílias participam, são utilizadas para ouvir as suas necessidades, bem como a opinião dos técnicos e desta forma definirem em conjunto os objetivos.

Para além dos objetivos, mencionados no PIIP, dirigidos às crianças, também neste documento há objetivos relacionados com os pais, tendo os docentes mencionado os objetivos que consideravam prioritários na intervenção com as famílias:

- Identificar as preocupações e necessidades da família;
- Dar resposta às preocupações das famílias;
- Encontrar uma rede de suporte que consiga dar resposta às preocupações identificadas;
- Organizar e envolver as famílias nas rotinas diárias;
- Passar estratégias às famílias;
- Estabelecer prioridades;
- Ajudar a ultrapassar/minimizar os handicaps do desenvolvimento da criança.

Estes são os objetivos que a maioria dos docentes apresentaram como prioritários na intervenção com a família, alguns deles referem, também, que a definição dos objetivos depende dos casos específicos e é realizada de acordo com as prioridades da família, sendo importante que esta sinta que faz parte de todo o processo.

2.2. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

A idade média das crianças atendidas pelos vários docentes situa-se entre os 3 e os 6 anos de idade. No decorrer do programa de intervenção, os vários docentes realizam diversos tipos de trabalho com as crianças que apoiam, nomeadamente atividades que visam estimular as suas competências cognitivas, grafo-motoras, linguísticas e de autonomia quotidiana, também são realizadas atividades lúdicas recorrendo à utilização de materiais e estratégias criativas.

Os docentes referem ainda, que o trabalho é realizado e estruturado de acordo com a problemática da criança, sendo de referir que faz parte também do trabalho,

realizado no decorrer do programa de intervenção, a passagem de competências à família. As atividades que são realizadas em contexto de creche/jardim-de-infância são implementadas em articulação com a docente titular da sala.

Todos os docentes referem que o planeamento da intervenção educativa é realizado tendo por base as informações resultantes das observações diretas, da utilização de um instrumento padronizado, nomeadamente o PIIP e a SGSII, bem como a utilização de um currículo específico como é o caso do Crescer e do Portage.

Os docentes referem também que ao longo do planeamento da intervenção educativa são definidos objetivos para a família e para a criança. Estes objetivos são, na maioria dos casos, definidos trimestralmente ou semestralmente, no entanto alguns docentes referem que o fazem anualmente ou dependendo da situação e da necessidade da família.

O trabalho que é realizado com as famílias ao longo do programa de intervenção precoce, visa essencialmente, passar estratégias às famílias para trabalharem com as crianças, ouvir o feedback dado pelas famílias relativamente ao trabalho realizado, acompanhá-las sempre que necessário, por exemplo, quando vão a uma consulta médica, realização de domicílios com o intuito de reforçar e organizar as competências da família. Os docentes referem também que o trabalho vai ao encontro das necessidades e expectativas da família e que faz parte também do trabalho que desenvolvem, encaminhar as famílias para outros serviços sempre que isso seja necessário.

A totalidade dos docentes menciona que há planeamento da intervenção com as famílias e que essa intervenção tem como finalidade principal dar resposta tanto às dificuldades da criança como às preocupações da família.

O programa de intervenção, de acordo com os docentes, corresponde ao que as famílias desejam e justificam, referindo que estas se sentem mais motivadas no trabalho de minimizar e/ou superar as dificuldades das crianças ao verem a evolução que estas vão conseguindo, e mostram-se satisfeitas com o acompanhamento da situação bem como, com os resultados que se vão alcançando.

É referido também, que as famílias se mostram, de um modo geral, satisfeitas por terem algum tipo de resposta mas, ao mesmo tempo, mostram-se insatisfeitas com a insuficiência de recursos humanos.

A satisfação das famílias deve-se igualmente, segundo alguns docentes, ao facto do programa de IP, ir ao encontro das suas necessidades, uma vez que é um serviço

local com respostas diversas que permite articular com outros serviços que se encontram no exterior. É também mencionado, pelos docentes, que as famílias tomam consciência do seu comprometimento ao participarem na elaboração do PIIP embora, por vezes, seja difícil perceberem a importância do mesmo. No entanto, apesar da maioria das famílias se sentirem satisfeitas, sendo elas próprias a procurar e a recorrer às ELI's na busca de apoio, algumas famílias demonstram descontentamento por terem alguém da ELI a acompanhar o seu filho, principalmente nos casos em que a criança é referenciada pelo jardim-de-infância, pois sentem que os profissionais estão a invadir a sua privacidade ao tomarem conhecimento do que se passa no seu contexto familiar. É referido também, que o programa tem que corresponder ao que a família deseja tanto para si como para a criança, uma vez que é elaborado em conjunto com a família, relativamente a esta questão um dos docentes acrescenta que: *"... no entanto quando a necessidade da família é o emprego, torna-se difícil estabelecer um objetivo, uma vez que o mesmo é difícil de atingir e transcende muitas vezes a interação do responsável de caso."*

Os docentes afirmaram-nos que antes do início do programa é pedido, às famílias que deem a sua opinião relativamente aos conteúdos do programa, desta forma constatámos que aquilo que os profissionais pedem mais frequentemente é a opinião das famílias relativamente ao que estas consideram mais importante e urgente na intervenção com a criança, em seguida surgem as opiniões no que concerne ao que a família se sente disposta a fazer com a criança e o que considera mais importante e urgente relativamente a ela própria, surgem depois as opiniões relativamente ao tipo de trabalho que a família gostaria que se realizasse com a criança e o local do apoio e por fim a opinião sobre o horário em que gostariam que fosse realizado o apoio.

O local onde decorrem a maioria dos apoios prestados pelos docentes das ELI's em estudo do distrito de Portalegre, após analisarmos as informações recolhidas junto dos docentes, no ano letivo de 2012/2013, foi a creche/jardim de infância, em seguida surgem os apoios efetuados no domicílio, alternando com os apoios realizados no jardim de infância, e na sede da própria ELI.

A maioria dos docentes inquiridos (onze) mencionam que nas ELI's, onde desempenham funções é frequente ser realizados apoios domiciliários, apenas um docente, de uma das equipas, refere não estarem a ser prestados apoios domiciliários.

Também questionámos os docentes relativamente, á tomada de decisão sobre a existência ou não de apoio domiciliário, ao que a maioria respondeu que essa decisão era tomada pelos técnicos e pela família, dois docentes afirmaram serem apenas os

técnicos dois mencionam que são as famílias a tomarem a decisão sobre o apoio domiciliário.

A periodicidade da maioria dos apoios é semanal, no entanto há docentes que referem que os apoios são quinzenais ou realizados de acordo com a problemática da criança e especificidade da família, por isso tanto o podem fazer semanalmente, quinzenalmente, como mensalmente.

É ainda referido, por todos os docentes, que as crianças que estão a ser apoiadas frequentam a creche ou o jardim de infância, desta forma os docentes mencionaram que são dadas orientações aos profissionais que acompanham as crianças no contexto educativo. No gráfico que apresentamos, em seguida, podemos verificar com que frequência são dadas essas orientações:

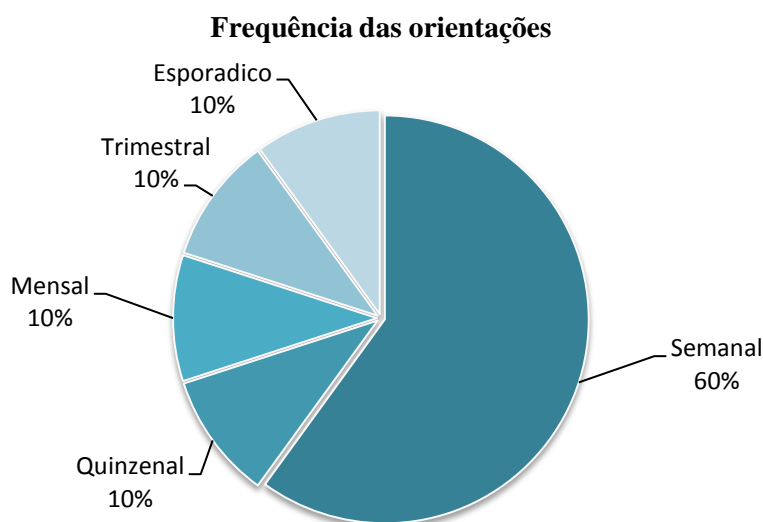


Gráfico 3: Frequência das orientações dadas aos docentes dos Jardins de Infância

Podemos assim constatar que, na maioria dos casos (60%), a orientação aos docentes do jardim-de-infância é dada numa base semanal, 10% quinzenalmente; 10% mensalmente, 10% trimestralmente e 10% dos docentes menciona que orientação é dada esporadicamente.

No que concerne à família é referido por metade dos docentes que em média, a regularidade das reuniões realizadas com a família, no decorrer do ano letivo foi numa base trimestral, alguns docentes mencionaram que essas reuniões são realizadas entre quatro a seis vezes por ano, outros afirmaram que essas reuniões ocorreram entre sete a oito vezes por ano ou dependendo das necessidades da família.

Nestas reuniões, são dadas informações às famílias relativamente ao programa de apoio das crianças no âmbito da creche/jardim-de-infância e que para além destas reuniões as famílias vão sendo informadas, informalmente, quer pelas educadoras quer pelos profissionais que estão a realizar os apoios. As informações dadas às famílias são concretas e dizem respeito ao ritmo de desenvolvimento da criança, ao seu estado de saúde física, ao seu desenvolvimento futuro, às ajudas ou apoios que poderão necessitar até à idade escolar e ajudas ou apoios que poderão vir a necessitar em idade escolar.

A duração das sessões de apoio, mencionada pela totalidade dos docentes é, em média, independentemente do contexto em que se realizem, entre 30 a 60 minutos. Também é comum a todos os docentes o facto de mencionarem que realizam algum tipo de intervenção sistemática com a família. Esta intervenção visa essencialmente tanto responder aos problemas da criança como responder às preocupações da família.

O número total de apoios, realizados pelos docentes de todas as equipas é de aproximadamente 105 casos, sendo que o docente com o menor número de apoios intervém em seis casos e o docente com maior número de apoios acompanha catorze casos.

Apesar de cada docente atender um número específico de casos não são responsáveis de caso de todos eles. Desta forma e, apesar de nem todos os docentes referirem de quantos casos são responsáveis, podemos verificar de acordo com os dados recolhidos, que esse número se situa entre 3 e 7 casos.

A decisão da escolha do responsável de caso foi, em algumas situações, efetuada em reunião da equipa, em outras a tomada de decisão dependeu da problemática da criança ou da aproximação com a família; sendo de referir que a decisão também recai sob o profissional que mais tempo passa com a criança/família e alguns docentes referem também que a decisão da escolha do responsável de caso surge após serem definidos quais os profissionais que irão apoiar o caso.

O trabalho que é desenvolvido com as crianças/famílias, referem os docentes, é um trabalho baseado na confiança e no respeito pelos objetivos do PIIP em articulação com as educadoras das creches/jardins de infância, é um trabalho que necessita de uma articulação de qualidade entre todos os intervenientes mas, por vezes, o tempo é muito reduzido para planear, desenvolver e avaliar em conjunto o que em determinadas circunstâncias pode colocar em causa a intervenção centrada na família. Os docentes aludem ainda ao facto de ser um trabalho gratificante sempre que existe envolvimento

de todas as partes, ou seja, envolvimento da família, das equipas e da comunidade educativa.

Para a maioria dos docentes, a comunidade envolvente participa de alguma forma no PIIP, nomeadamente, através de reuniões periódicas com os parceiros, da educadora titular trabalhar em conjunto com a equipa na elaboração do plano de intervenção, e ainda é mencionado o auxílio prestado pelos vizinhos em termos de organização diária de determinadas famílias. No entanto é mencionado, por alguns docentes, que a comunidade envolvente não participa no PIIP.

2.3. AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO PROGRAMA

Relativamente à avaliação dos efeitos do programa, podemos começar por dizer que, de acordo com a informação recolhida junto dos docentes, verificamos que a maioria dos docentes mencionam haver supervisão, realizada em alguns casos pelo Núcleo de Supervisão Técnica e em outros ser a coordenadora, em reunião de estudo de caso e/ou em reuniões de equipa alargada, a efetuar essa supervisão. Há a realçar o facto de um docente mencionar que não há supervisão na equipa onde presta serviço. A frequência com que é feita a supervisão é, na maior parte das situações, realizada trimestralmente com uma duração aproximada de 2 horas.

As formas de registo dos efeitos do programa de Intervenção Precoce, mais utilizadas pelos docentes, ao longo do ano e no final do ano letivo, são através de: notas pessoais sobre as sessões; registos das sessões em formato standardizado; avaliação formal do desenvolvimento da criança usando a SGS II e WPPSI-R; relatórios escritos das sessões; avaliação trimestral do PIIP e da articulação regular com a educadora de infância titular da sala; entrevistas à família e avaliação regular do desenvolvimento da criança.

Podemos ainda verificar que relativamente à realização de estudos longitudinais e pontuais, a maior parte dos docentes refere não os terem realizado, no entanto, uma das equipas refere que realizou estudos pontuais de avaliação dos resultados do programa solicitados pelas entidades de suporte.

Também questionámos os docentes relativamente à forma como os coordenadores efetuavam a revisão sobre as políticas e as práticas do programa, a pesquisa mostrou-nos que a forma mais utilizada é através da consulta aos técnicos da

equipa, sendo também efetuada uma recolha das opiniões dos pais e ainda através das reuniões de estudo de caso.

A avaliação do programa no que concerne ao impacto nas crianças/ famílias e, tendo em conta as possibilidades de resposta, na maioria dos casos os docentes referem que nunca fizeram uma avaliação do programa relativamente ao impacto que este provoca nas mesmas, outros docentes dizem que fazem essa avaliação através da aplicação de questionários de satisfação parental, alguns docentes mencionam a aplicação de questionários aos pais sobre a eficácia do próprio programa de intervenção, bem como na família, e por fim, é também referido que a avaliação é realizada através da aplicação de questionários de satisfação aos técnicos sobre a metodologia do programa.

Os procedimentos habituais de avaliação do impacto da intervenção são realizados habitualmente através da avaliação trimestral do PIIP, com todos os intervenientes do programa, registando-se o nível de concretização dos objetivos; alguns docentes mencionam que essa avaliação é realizada semestralmente. Outra das formas utilizadas, relativamente à avaliação, é através das reuniões de discussão de caso em que participa a família e a educadora titular.

Com as questões abertas colocadas no grupo IV (ver Anexo II) pretendíamos saber junto dos docentes, o que entendiam por intervenção centrada na família, que opinião tinham relativamente a esta prática e quais os aspetos que consideravam negativos e positivos. Quisemos ainda saber que opinião tinham os docentes no que diz respeito à Intervenção Precoce em Portugal, bem como à formação dos atuais profissionais que atuam neste domínio de intervenção, por fim pretendíamos saber como é que estes profissionais encaram o futuro da Intervenção Precoce na Infância no nosso país.

No que concerne à opinião dos docentes relativamente à intervenção centrada na família podemos constatar que, a maioria dos docentes referiram que acreditam nesta prática pois, só o envolvimento das famílias em todo o processo torna possível o apoio tendo sempre em conta as suas necessidades. Alguns docentes referem que acreditam neste tipo de intervenção uma vez que, só se intervém realmente junto da criança se a família for envolvida, assim como outros agentes próximos da criança, e ainda que a família tem que estar envolvida para poder dar continuidade aos apoios prestados pelos profissionais. Os docentes também mencionam que, quando existe colaboração por

parte da família, em uniformidade com os profissionais de IP, a intervenção é realmente centrada na família.

Apesar de todos os docentes acreditarem na intervenção centrada na família, em alguns casos referem que se a família cooperar os resultados serão muito positivos, referem também que o envolvimento da família depende da forma como os técnicos as conseguem envolver no processo.

Este envolvimento leva-nos ao sentimento da família relativamente a este tipo de intervenção, desta forma os docentes referem que estas se sentem envolvidas, sentem-se elementos ativos e integrados no programa de desenvolvimento da criança. Os docentes, também fazem alusão ao facto das famílias sentirem que os profissionais querem ajudar no desenvolvimento da criança, assim como o facto de estes irem ao encontro das suas preocupações, ainda fazem menção ao trabalho do responsável de caso que ajuda as famílias a reconhecer os seus pontos fortes o que permite que estes se sintam capazes e competentes na educação dos seus filhos.

Alguns docentes também referem que, as famílias compreendem cada vez mais a importância da intervenção centrada na família, no entanto esclarecem que nem sempre é fácil conquistar a confiança de algumas famílias, bem como responsabilizá-las por um trabalho comum. Através da informação dada pelos docentes constatamos que existem famílias que aceitam tudo o que lhes é sugerido e reconhecem que é a melhor estratégia, no entanto existem outras famílias que apesar de estarem de acordo com o que se está a fazer, em casa não realizam o trabalho que lhes é proposto pelos profissionais nem colocam em prática as estratégias sugeridas tendo em vista a continuidade da intervenção. Por fim também é mencionado que as famílias, por vezes, sentem que os profissionais estão a invadir o seu espaço e os seus elementos sentem-se expostos, mas quando ganham confiança gostam e sabem dar valor ao trabalho efetuado pelos profissionais que estão a dar os apoios.

No que diz respeito aos aspetos positivos e negativos, relativamente à intervenção centrada na família, os docentes mencionam que atualmente, no nosso país, se fala muito da intervenção centrada família, alguns deles referem que esta prática, é geralmente posta em prática, e indicam ainda alguns aspetos que consideram positivos ao referirem que é a prática ideal e que, cada vez mais, o trabalho é feito em equipa tanto com os profissionais da ELI, como com toda a comunidade, e com o envolvimento da família. Outro dos aspetos que os docentes consideram positivo na intervenção

centrada na família é o facto de os apoios serem prestados no contexto natural da criança e as famílias se sentirem mais competentes.

Estes docentes também apresentam algumas dificuldades, relativamente à colocação em prática de uma intervenção centrada na família, e apontam o facto da falta de disponibilidade por parte das famílias em colaborar, nomeadamente, quando mostram alguma resistência em alterar alguns hábitos, outra das dificuldades apontadas pelos docentes é o tempo disponível para cada família colocando em risco a individualização da prestação do serviço. É ainda referido que, por vezes, a dificuldade maior está na própria família ao não aceitarem ajuda por considerarem que estão a invadir o seu espaço.

Para outros docentes, a prática depende da forma como os profissionais abordam as famílias e a necessidade de responsabilizar todos os intervenientes na concretização dos objetivos do PIIP, ainda referem que existem dificuldades em envolver a família porque algumas não cooperam e não seguem as indicações dos profissionais de IP.

Os docentes também nos dão a sua opinião, relativamente à Intervenção Precoce em Portugal, no que diz respeito às práticas implementadas referindo os aspetos que eles encaram como positivos e negativos:

ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
Apoio precoce às crianças; transdisciplinaridade no trabalho de equipa.	Insuficiência de recursos humanos e materiais; grande abrangência geográfica dos apoios.
IP perto da criança/família; serviço respeitado na comunidade; técnicos diversificados; serviço com legislação definida.	Instabilidade de alguns docentes; cortes financeiros efetuados ao nível dos apoios educativos.
Evolução e maior organização no que diz respeito às práticas.	Dificuldade em individualizar os serviços devido ao número de casos que cada técnico acompanha.
Práticas que vão ao encontro das necessidades das crianças e das famílias.	Pouca colaboração das famílias.

Quadro 3: Considerações dos docentes relativamente à IPI em Portugal

Os docentes também mencionam, que Portugal se encontra no bom caminho no que diz respeito à intervenção centrada na família contudo, ainda há um longo caminho a percorrer.

Através da informação recolhida, relativamente à formação dos atuais profissionais de Intervenção Precoce, os docentes sugerem no sentido de melhorar as práticas, a importância de um maior investimento na formação em IPI, ao longo do ano, principalmente nas áreas de avaliação do desenvolvimento e das necessidades especiais; bem como desenvolver o gosto de trabalhar neste domínio de intervenção e acreditar naquilo que se faz...

Alguns docentes também dizem que todos os anos existe a incerteza da sua colocação, mesmo tendo formação específica em IPI mas, de acordo com os resultados, são poucos os docentes que possuem formação específica nesta área, a maioria dos docentes tem algum tipo de formação em Educação Especial, inferimos assim que os profissionais percecionam a sua formação como se esta fosse em Intervenção Precoce. Também mencionam que a atuação dos profissionais, nesta área, não depende da formação de base dos elementos da equipa mas sim do perfil necessário para levar a efeito este trabalho, o que nos leva a inferir que os docentes nem sempre estão de acordo com as práticas desenvolvidas por alguns colegas da equipa, aos quais consideram faltar competências pessoais para trabalhar no âmbito da Intervenção Precoce na Infância.

A maioria dos docentes, encara o futuro da Intervenção Precoce em Portugal com algumas incertezas e, justificam referindo que tendo em conta a conjuntura atual do nosso país, as perspetivas não são positivas o que poderá originar dificuldades nos apoios, que poderão colocar em perigo o rumo de todo o processo de atuação da IP, encaram também o futuro como incerto relativamente à continuação dos docentes a atuar nas ELI's pois a maior parte deles, são colocados por períodos temporários e, por isso, sujeitos à mobilidade.

É ainda referido por alguns docentes que a IP em Portugal se encontra no bom caminho pois, permite intervir precocemente junto da criança/família, é um serviço respeitado e que tem apresentado resultados positivos nos apoios prestados ao longo dos anos, as equipas são pluridisciplinares e trabalham em articulação junto das crianças e respetivas famílias, mas é necessário o esforço de todos pois, sabe-se onde se encontram os problemas, o que é necessário é perceber por onde começar a efetuar as mudanças, é ainda referido pelos docentes que, apesar de encararem o futuro com boas perspetivas é necessário um maior investimento na IP em Portugal.

CAPITULO III

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As conclusões apresentadas por Shonkoff e Philips (2000) no âmbito do relatório do Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, mencionam que as pesquisas indicam que programas com intervenções eficazes, nomeadamente os que apresentam objetivos bem definidos, podem influenciar o comportamento dos pais e o desenvolvimento das crianças tanto as que apresentam algum tipo de deficiência, como as que se encontram em desvantagem socioeconómica. O relatório indica também que os melhores programas de intervenção com melhores resultados, são aqueles que combinam atividades focadas na criança, com elevados padrões de interação pais/criança, os programas que parecem ter piores resultados são aqueles que fomentam um apoio genérico à família, sem uma apresentação clara das estratégias de intervenção, como é o caso das famílias que apresentam múltiplos fatores de risco.

Os estudos também nos dizem que as crianças pequenas aprendem no contexto onde estão inseridas, através das interações repetidas que vão ocorrendo ao longo do tempo, desta forma uma prática de intervenção tradicional, baseada em sessões semanais, com um profissional e na qual não os pais não participam ativamente é considerada hoje em dia muito pouco eficaz (Tegethof, 2007). Também sabemos que nas boas práticas em intervenção precoce, as famílias são encaradas como consumidoras de serviços, que têm capacidade de escolher o seu envolvimento na intervenção, os papéis que vão adotar e os serviços que querem ou não receber (Mendes, 2010).

O estudo que levamos a cabo surgiu na tentativa de percebermos quais as principais características das práticas implementadas pelos docentes da Intervenção Precoce na Infância (IPI) a atuar nas equipas locais de intervenção (ELI's), do distrito de Portalegre, principalmente no que concerne à intervenção centrada na família (ICF).

Na nossa primeira questão de investigação, queríamos perceber de que forma os docentes e os coordenadores, das equipas, encaravam e colocavam em prática a intervenção centrada na família.

Ao abordarmos esta questão, junto dos coordenadores, no que diz respeito à implementação da intervenção centrada na família por parte dos docentes, é de referir que alguns coordenadores mencionam que por vezes, surgem dificuldades no desenrolar das intervenções, uma vez que muitos destes profissionais não têm formação para

trabalhar com crianças destas faixas etárias e respetivas famílias o que implica que, em certas ocasiões, seja necessária formação, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento infantil dos 0 aos 6 anos cabendo ao coordenador essa tarefa, contudo este investimento na formação continua dos profissionais da equipa acaba por não se tornar consistente, uma vez que os docentes estão sujeitos a grande mobilidade.

O estudo de Mendes (2010) demonstrou, e salienta, tal como a investigação de Bairrão e Almeida (2002), que a mobilidade dos docentes envolve mudanças frequentes nas equipas, que acarretam consequências no acompanhamento das crianças e das famílias, desta forma, seria importante que a colocação dos docentes fosse estável de forma a estes profissionais poderem acompanhar as famílias, com as quais estabeleceram relações de confiança e respeito, de forma a poderem atuar junto das crianças e das famílias sem constrangimentos de ambas as partes.

O nosso estudo permitiu-nos, também, constatar as dificuldades que os docentes das equipas se deparam, especialmente no que diz respeito à questão da mobilidade a que estão sujeitos, como referimos anteriormente, o que por vezes se reflete tanto na dinâmica da equipa, nomeadamente no que diz respeito à consolidação das práticas implementadas, como na relação de confiança que é estabelecida pelos docentes, responsáveis de caso, e as famílias que apoiam diretamente. Comparativamente ao que se verificava no estudo efetuado por Mendes (2010) no distrito de Portalegre, no que concerne aos docentes, a maioria eram educadoras de infância, o mesmo se verificava num estudo anteriormente realizado no Alentejo por Franco e Apolónio (2008), tal facto não se verificava à data da realização da nossa investigação, nesta altura constatámos que a maioria dos docentes eram professores de 1.º e 2.º ciclo do ensino básico, sendo o número de educadoras bastante reduzido.

No que diz respeito aos outros profissionais que integravam as equipas, constatamos que continuavam a ser psicólogos, assistentes sociais, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, algumas equipas contavam ainda com a participação dos médicos e dos enfermeiros e uma das equipas tinha a participação de uma técnica superior de educação especial e reabilitação.

Podemos também constatar, e indo ao encontro do que é estipulado pela legislação portuguesa, que as equipas seguem as diretrizes preconizadas no referido documento legal, relativamente à elaboração do Plano Individualizado de Intervenção Precoce, no qual são delineados objetivos, dirigidos quer à família, no sentido de a

capacitar e coresponsabilizar, respeitando as suas necessidades e expectativas, quer dirigidos à criança no sentido de promover prevenir e reabilitar o seu desenvolvimento.

Coma a nossa segunda questão de investigação, pretendíamos saber a quem é dirigido o programa de Intervenção Precoce, bem como as principais características da população atendida. O nosso estudo permitiu-nos verificar que as famílias apoiadas pelas várias equipas pertencem na sua maioria ao estrato social médio e médio-baixo e a idade das crianças apoiadas varia entre os zero e os seis anos de idade. São famílias monoparentais, encontram-se geograficamente isoladas, os pais estão desempregados ou estão a frequentar cursos de formação profissional ou ainda são beneficiários do rendimento social de inserção. Podemos verificar que as crianças atendidas se encontram, na maioria, em situação de risco estabelecido e em risco ambiental.

Relativamente à idade das crianças atendidas pelos docentes, constatamos que se situa entre os três e os seis anos de idade, indo ao encontro dos resultados obtidos nos estudos realizados por Mendes (2010) no distrito de Portalegre e por Bairrão e Almeida (2002), cujos resultados obtidos a nível nacional apontavam na mesma direção. Podemos assim verificar, no que diz respeito aos destinatários da IPI, que as idades das crianças apoiadas pelos docentes das equipas do distrito de Portalegre, à data da realização da nossa investigação, não vão ao encontro do que é preconizado pelas diretrizes do referido normativo legal, ou seja, apesar do Decreto-Lei n.º 281/2009 estabelecer que o apoio, no âmbito da Intervenção Precoce na Infância se dirigir a crianças entre os 0 e os 6 anos, também refere que quanto mais precocemente for acionada a intervenção, no sentido de combater o que afeta o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornarão as crianças e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais que estão na origem da incapacidade da criança.

Assim podemos considerar que os apoios tendem a ser tardios, ou seja, só aos 3 anos é que as crianças começam a ser acompanhadas. Pensamos que esta tendência pode estar relacionada com o facto de que as crianças com esta idade (três anos) começarem a frequentar o jardim-de-infância logo, só nesta altura é que são sinalizadas e encaminhadas para os serviços de IPI. Também a maior parte dos apoios, são realizados nos Jardins de Infância, talvez por ser o local onde a criança passa mais tempo diariamente. Este facto pode de certa forma, condicionar a intervenção centrada na família apesar de ser a prática preconizada, nesta área, tanto pela legislação portuguesa como a nível internacional, uma vez que os docentes fazem a sua intervenção dirigida

essencialmente à criança, numa perspetiva exclusivamente educativa. No entanto, a nossa investigação permite-nos inferir, que os docentes ao apoiarem as crianças em contexto de jardim-de-infância, passam competências aos educadores titulares no intuito de promoverem a continuidade da intervenção e assim maximizarem os recursos disponíveis.

No que diz respeito à terceira questão de investigação, com a qual pretendíamos entender, questões dirigidas à avaliação e supervisão dos profissionais que fazem parte das equipas, constatámos que relativamente à avaliação e à supervisão do trabalho dos profissionais, na sua maioria, não existe nenhum procedimento formal, ou seja, do ponto de vista dos coordenadores a avaliação é feita internamente pelo coordenador quinzenalmente com uma duração média de uma hora, externamente é realizada pelo Núcleo de Supervisão Técnica com uma periodicidade que pode variar entre os quatro e os seis meses e duram em média 2 horas e 30 minutos. Já a opinião dos docentes, aponta no sentido da supervisão ser feita pelo Núcleo de Supervisão Técnica ou do coordenador, pensamos que tanto os docentes como os coordenadores consideram as reuniões de equipa alargada e de estudo de caso, como uma forma de avaliação e supervisão, uma vez que discutem os casos que acompanham. Tendo em conta o Decreto-Lei n.º 281/2009, no qual é mencionado a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) no qual está inserida uma atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação, e da Saúde, como já foi referido na primeira parte deste trabalho de investigação, nomeadamente no II capítulo ao fazermos a análise da legislação em Portugal.

A organização do SNIPI é feita através da Comissão de Coordenação (CC); das Subcomissões de Coordenação Regionais (SCR); dos Núcleos de Supervisão Técnica (NST) e das Equipas Locais de Intervenção (ELI), cabe ao Núcleo de Supervisão Técnica, entre outras ações, organizar e avaliar o funcionamento das ELI's em coordenação com a Subcomissão de Coordenação Regional. A nossa investigação leva-nos a inferir que a avaliação e supervisão das equipas, não está a ser efetuada tendo por base o normativo legal exposto, embora em algumas equipas possamos considerar as reuniões de equipa alargada como uma forma de supervisão e avaliação, pois de alguma forma são discutidas estratégias de intervenção, quando são realizados os estudos de caso, também tivemos conhecimento relativamente a equipas onde não existe qualquer atuação a este nível.

Relativamente à formação específica em Intervenção Precoce, são poucos os profissionais a atuar nas equipas que tem formação específica nesta área, no entanto, Mendes (2010) ressalva o facto do investimento pessoal e das estruturas de coordenação na formação em serviço, os Encontros de Intervenção Precoce do Distrito de Portalegre, que são realizados anualmente desde 2007, que têm tido como objetivos refletir sobre as práticas com especialistas da área. É também referido no estudo, que a formação dos profissionais está a começar a ser cada vez mais estruturada, nomeadamente no que concerne ao número de Instituições do Ensino Superior que oferecem formação.

Na região do Alentejo, nomeadamente na Universidade de Évora, no ano letivo transato, houve oferta formativa nesta área, designadamente uma Pós-graduação em Intervenção Precoce, na Escola Superior de Educação de Portalegre, embora não exista formação específica em Intervenção Precoce na Infância, esta temática faz parte das unidades curriculares do Mestrado em Educação e Proteção de Crianças e Jovens em Risco.

Relativamente à formação em serviço verificamos que não existe, ou seja, os profissionais procuram formação de acordo com as suas necessidades que pode ser na área da intervenção precoce ou de acordo com os interesses dos docentes, no entanto essa formação é realizada fora dos serviços a que pertencem.

Segundo o preconizado pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce cabe, em primeiro lugar à Comissão de Coordenação, formada pelos representantes dos três Ministérios, promover a formação e a investigação no âmbito da Intervenção Precoce na Infância. Podemos aferir que os docentes das equipas, apesar de não receberem formação em serviço, é uma necessidade que estes profissionais sentem, nomeadamente na avaliação do desenvolvimento, em Necessidades Educativas Especiais, formação para combater as dificuldades encontradas relativamente à tomada de conhecimento de instrumentos e a forma de os colocar em prática.

Os resultados da nossa investigação apontam também o facto de os docentes considerarem importante gostar de trabalhar em Intervenção Precoce bem como acreditar naquilo que se faz. Podemos ainda salientar que os docentes sentem que a formação deveria contemplar a importância da realização de apoios nos domicílios e consequentemente estratégias que facilitem este tipo de intervenção.

CONCLUSÕES

Na revisão da literatura que levamos a cabo, encontramos diversas definições de Intervenção Precoce na Infância, nas quais está implícito o modelo centrado na família. Segundo Pimentel (2005) o objetivo da intervenção precoce é facultar às famílias apoios e recursos, tanto formais como informais, cuja finalidade é influenciar direta ou indiretamente o funcionamento da criança, dos pais e da família como um todo, ou seja, a Intervenção Precoce é um conjunto de recursos, apoios e serviços, necessários para dar resposta tanto às necessidades específicas da criança com vista a promover o seu desenvolvimento, como às necessidades das famílias, nomeadamente, a um conjunto de oportunidades através das quais as famílias podem promover o desenvolvimento e aprendizagem das crianças.

O papel da família na conceitualização e operacionalização as práticas em Intervenção Precoce tem vindo, ao longo das últimas décadas, a assumir uma importância crescente. Começou por se requerer junto dos pais, que estes trabalhassem como uma extensão dos profissionais, posteriormente, os programas passaram a focar-se no conjunto do sistema familiar e a dar mais importância às interações pais-crianças.

A nossa investigação levou-nos a aferir que, no que concerne à intervenção centrada na família, embora os profissionais conheçam a metodologia e a considerem como essencial, nem sempre a colocam em prática com base em constrangimentos de natureza variada.

Também foram desenvolvidas numerosas discussões, debates e publicações com a finalidade de explanar a importância do apoio às famílias em Intervenção Precoce, ao mesmo tempo, evidenciar a necessidade de se realizarem mudanças importantes no que concerne ao papel dos profissionais a atuar na área da Intervenção Precoce. Como é referido por Mendes (2010), os profissionais que atuavam na área da Intervenção Precoce, nos contextos educativos tradicionais eram considerados peritos, cabendo-lhes a tarefa de providenciarem intervenções para a criança, no entanto a investigação sugere que esta forma de atuar não é a mais eficaz, contudo os estudos apontam que esta abordagem, não é a mais indicada no trabalho com as famílias.

Em Portugal a Intervenção Precoce foi regulamentada desde finais de 1999, pelo Despacho Conjunto 891/99. Neste documento eram propostas um conjunto de linhas de orientação que iam ao encontro das características dos programas de qualidade, assim

como um modelo organizativo baseado nos recursos da comunidade e na parceria dos vários serviços existentes tanto públicos como privados. Apesar destas orientações, os profissionais foram sentido algumas dificuldades em adotar esta nova perspetiva de atuação, como por exemplo quando as famílias reagem negativamente ao apoio e sentem que os profissionais de alguma forma estão a intrometer-se na sua vida privada, tal como é sugerido pelos resultados que obtivemos na nossa investigação. No entanto, também verificámos que a intervenção centrada na família tem evoluído e, entre os profissionais a ideia de que as soluções devem ir ao encontro da família e decididas com a família é consensual. A participação da família é posteriormente reforçada no Decreto - Lei nº 281/2009, no qual foi criado o SNIPI, cuja função é estabelecer uma atuação coordenada entre os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, em conjunto com o envolvimento das famílias e da comunidade.

Com esta nova forma de abordar a Intervenção Precoce, os profissionais viram-se obrigados a efetuar mudanças significativas na sua forma de atuação, deixaram de ser prestadores de cuidados diretos à criança, e alcançaram competências que lhes permite responder às necessidades das famílias, escutando-as e respeitando as suas decisões.

Os resultados da investigação, no que concerne à intervenção centrada na família, apontam para o facto de os profissionais acreditarem nesta nova forma de intervenção, no entanto surgem algumas dificuldades em colocá-la em prática nomeadamente, no que diz respeito ao aspeto relacional com a família, que nem sempre é conseguido, por vezes, a família também sente que lhe estão a invadir o seu espaço e não coopera com os profissionais.

Para além da intervenção centrada na família, um dos padrões de qualidade dos serviços de Intervenção Precoce, é a formação dos profissionais, tanto a formação inicial, como a formação especializada, a supervisão das práticas, a reflexão e a atualização continua.

Outro dos aspetos incluídos nos padrões de qualidade dizem respeito aos agrupamentos de escolas de referência para a Intervenção Precoce e Educação Especial, através dos quais os docentes são colocados nas equipas a atuar neste âmbito. Assim, como está preconizado na Lei, os agrupamento de referência para a colocação dos docentes nas equipas de Intervenção Precoce na Infância do distrito de Portalegre são: Portalegre e Crato agrupamento de escolas do Bonfim; Monforte, Arronches e campo Maior agrupamento de escolas de Arronches; Elvas agrupamento nº 2 de Elvas; Alter do

Chão agrupamento de escolas de Ponte de Sor; Gavião, Castelo de Vide, Nisa e Marvão, agrupamento de escolas de Nisa.

Relativamente à formação destes profissionais, no campo da Intervenção Precoce, os estudos apontam a existência de uma lacuna neste âmbito, uma vez que são poucos os docentes que apresentam formação específica nesta área e, a formação em serviço ser praticamente nula, no entanto, há referência à participação em encontros que se realizam anualmente em Portalegre com a participação de alguns peritos nesta área, onde são abordados e discutidos temas relacionados com a mesma.

Pensamos que as dificuldades que os docentes sentem, designadamente na intervenção centrada na família, está relacionada com as lacunas que existem quer na formação inicial, quer na formação pós-graduada dos profissionais envolvidos na intervenção precoce.

Ainda relativamente à formação, os resultados obtidos, apontam para a necessidade que existe na formação nesta área tanto no que diz respeito à oferta nas Instituições de Ensino Superior na formação inicial dos profissionais, e aqui incluímos para além dos docentes os profissionais da área da saúde e da ação social, e também através da implementação de mestrados e pós-graduações, como das próprias entidades de suporte ao incentivarem e fomentarem a formação interna.

Outra faceta da formação em serviço está relacionada com a supervisão, que deve acompanhar o trabalho dos docentes, não no sentido de uma discussão pontual e minuciosa, mas no sentido de uma orientação sistemática do ponto de vista técnico e deontológico. Relativamente a esta questão, no conjunto das respostas obtidas nos questionários verificámos que uma supervisão deste tipo ainda não é consistente em todas as equipas, em algumas até verificamos que não há supervisão, o que foge ao que está estipulado nas normas expostas no Decreto - Lei 281/2009.

Ao refletirmos sobre a população de crianças atendidas pelas equipas, constatamos que a grande maioria se situa na faixa etária dos 3 aos 6 anos e os apoios são efetuados no jardim-de-infância que a criança frequenta.

Uma vez que o nosso estudo incide particularmente nas práticas dos docentes, inferimos que estas continuam a ser mais centradas na criança, uma vez que os apoios são, essencialmente, realizados em contextos educativos, embora os docentes façam referência à participação dos pais nos programas, no entanto essa participação parece ser pontual e vai mais no sentido da transmissão de informação.

Ao concluirmos o nosso estudo, podemos afirmar que a recolha de dados foi uma excelente oportunidade de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional, pois permitiu-nos conhecer as práticas dos docentes das equipas locais de intervenção do Distrito de Portalegre, bem como compreender as dificuldades com que estes profissionais se deparam.

Após refletirmos sobre a investigação que realizámos, pensamos que existem questões que poderão ser investigadas de forma mais aprofundada em futuras investigações, essencialmente questões ligadas à formação, tanto inicial como pós – graduada, e sobretudo à supervisão, tanto dos profissionais como das equipas.

Esperamos que este trabalho possa, de alguma forma, contribuir para uma melhor compreensão das práticas sempre com o intuito de promover a sua qualidade, para que as crianças e as famílias possam auferir de serviços que se aproximem, cada vez mais, com os modelos e práticas internacionalmente recomendadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M. M. (2009). *Intervenção Precoce e Educação Especial. Práticas de Intervenção Centradas na Família*. Viseu: PsicoSoma.
- Almeida, I. C. (2004). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1 (XXII): 65-72.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. (2003). Questões Actuais em Intervenção Precoce. *Psicologia*, XVII (1), 15-29.
- Bernardo, A. C.; Gronita, J.; Pimentel, J. S.; Matos, C.; Marques, J. (s/d). *Boas Práticas na Intervenção Precoce. Os Nossos Filhos São... Diferentes. Como podem os pais lidar com uma criança com deficiência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Biologia do Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed
- Carvalho, O. (2011). *De pequenino se torce o destino. O valor da intervenção precoce*. Coleção Livpsic - Psicologia. Porto. Legis Editora
- Correia, L. M.; Serrano A. M.(2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce. Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Coleção Educação Especial. Porto. Porto Editora
- Coutinho, M. T. B.(2004). Apoio à Família e Formação Parental. *Análise Psicológica*, 1 (XXII): 55 - 64. [Acedido a 27 de Maio de 2013 em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v22n1/v22n1a06.pdf>]
- Cruz, A. I.; Fontes, F.; Carvalho, M. L.(2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Projecto Investigar em Intervenção Precoce.
- ANIP - PIIP - *Programa SER CRIANÇA*. Coleção: Livros SNR, n.º 21. Lisboa Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência 2003

- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2004)*
Organização Mundial da Saúde. Direção Geral da Saúde. [Acedido a 25 de Maio de 2013 em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf]
- European Agency for Development in Special Needs Education. *Intervenção Precoce na Infância. Progressos e Desenvolvimentos 2005 - 2010*. [Acedido a 13 de Maio de 2013 em: <http://www.european-agency.org/publications/ereports/early-childhood-intervention-progress-and-developments/ECI-report-PT.pdf>].
- Maia, J. M.D; Williams, L.C.A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia — 2005, Vol. 13 n.º2,91-103* [Acedido a 6 de Junho de 2013em: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol13n2/PDF/v13n02a03.pdf>]
- McWilliam, P. J.; Winton, P.J.; Crais. E. R. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto: Porto Editora
- Mendes, E. S. T. (2010). *Avaliação da Qualidade em Intervenção Precoce. Práticas no Distrito de Portalegre*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Ministério da Saúde (2009). Decreto - Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro. *Diário da República*, 1ª série, nº 193.
- Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999). Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 244. [Acedido em 25 maio 2013 em: http://anip.net/contents/uploads/2012/06/Desp.-Conj.-891_1999.pdf
- Ministério da Educação e Ciência; Ministério da Saúde; Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2013). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce*. [Acedido em 5 de Abril de 2013 em: <http://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?id=5525>].
- Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Centro, *IP (s/data)*. [Acedido em 8 de Abril de 2013 em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/circuitos/Paginas/intervencao.aspx>]
- Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Critérios de Elegibilidade (2010). Aprovado na reunião da CC de 16 de Junho de 2010* [Acedido em 9 de Abril de 2013 <http://www.dgs.pt/?cr=22473>]

- Pereira, A. P. S. (2009). *Práticas Centradas na Família em Intervenção Precoce: Um Estudo Nacional sobre Práticas Profissionais. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança, Área de Especialização em Educação Especial, apresentada à Universidade do Minho.*
- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção focada na família: desejo ou realidade.*
Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pimentel, J. S. (s/d). *Atendimento em Intervenção Precoce a Crianças em Risco dos 0 aos 3 anos: em busca da qualidade. Mesa Redonda. Direitos da criança, intervenção precoce e necessidades da comunidade [Acedido dia 7 de Janeiro de 2014 em: <http://www.cnedu.pt/files/pub/Ed%20das%20criancas%200aos3/6-mesa2.pdf>].*
- Pesce, R.P.; Assis, S.G.; Santos, N.; Oliveira, R.V.C.; Cruz, F.O.(2004). *Risco e Proteção: Em Busca de um Equilíbrio Promotor de Resiliência. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Maio - Agosto 2004, Vol. 20 n.2, pp. 135 - 143 [Acedido dia 7 de Junho de 2013 em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>].*
- Quivy, R., Campenhoudt, L.; (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva*
- Sapienza, G.; Pedromônico, M.R.M.(2005). *Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago. 2. [Acedido a 7 de Junho de 2013 em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf>]*
- Serrano, A. M. (2007). *Redes Sociais de Apoio e Sua Relevância para a Intervenção Precoce. Porto: Porto Editora*
- Shonkoff, Jack P. and Phillips, Deborah (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Child Development*
- National Research Council, Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development [Acedido em 15 de Janeiro de 2014 em: http://smartstartga.org/_images/pdf/eec/research_brain_dev.pdf]
- Simões, A. C. L. (2003/2004) *A Importância da Intervenção Precoce Centrada na Família. Integrar n° 21 - 22, pp. 53-57.*

Spodek, B. (Org.) (2002) McCollum, J. A.; Maude, S. P. Manual de Investigação em Educação de Infância. Serviço de Educação e Bolsas. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa

Tegethof, M.I.C.A. (2007). Estudos Sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e das Famílias. Tese de Doutoramento apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

ANEXOS

ANEXO I

ENTREVISTA/QUESTIONÁRIO PARA COORDENADORES

Data da Entrevista Área de Formação

Outras Formações.....Tempo de Coordenação.....

I - IDENTIFICAÇÃO E OBJECTIVO GLOBAL DO PROGRAMA

1. Designação da equipa (ELI) e área de intervenção

.....
.....

2. Características da sede

2.1. Onde se situa a sede da ELI ?

.....
.....

2.2. A IPI é o único serviço a funcionar no edifício?

a) Sim b) Não

Se Não, que outros existem?

.....
.....

2.4. Houve adaptações físicas tendo em conta as incapacidades das crianças (rampas, iluminação, tapetes, sinalética, etc.)?

a) Sim b) Não

Se sim, especifique quais.....

.....
.....

2.5. Qual a localização do Serviço relativamente aos seus potenciais utentes?

.....

.....

.....

2.6. O serviço providencia transporte aos seus utentes?

a) Sim **b)** Não

2.7. O serviço é facilmente acessível por transportes públicos?

a) Sim **b)** Não

3. Constituição da equipa e situação dos profissionais da ELI

3.1. Descrição dos técnicos que integram a equipa (tempo integral/tempo parcial)

.....

.....

.....

.....

3.2. Caracterização do tipo de vínculo que os técnicos têm à equipa .

.....

.....

.....

.....

3.3. Têm voluntários a colaborar ?

a) Sim quantos?..... **b)** Não

4. Publicitação

4.1. De que forma informam ou publicitam os vossos serviços à comunidade?

.....

.....

.....

4.2. Quais as ações que tomam para garantir que as instituições mais importantes e os profissionais estejam informados acerca do que podem oferecer os vossos serviços?

.....

.....

.....

.....

4.3. O que fazem, para garantir que as famílias em desvantagem económica ou que habitam zonas isoladas, tenham conhecimento dos vossos?

.....

.....

.....

.....

5. Por favor descreva os objetivos do PIP em 3 frases.

.....

.....

.....

.....

.....

I I– CARACTERIZAÇÃO GLOBAL DA POPULAÇÃO ATENDIDA

1. Caracterização da população

1.1. População alvo

.....

.....

.....

1.2. Estrato social e económico da maioria das famílias apoiadas:

a) Alto b) Médio/Alto c) Médio d) Médio-Baixo e) Baixo

1.3. Outras características da população

.....

.....

.....

2. Acesso ao PIP

2.1. As famílias procuram diretamente os vossos apoios?

a) Sim b) Não

2.2. Quais os serviços que habitualmente encaminham as famílias para a ELI

.....

.....

.....

3. Características dos pais

3.1. Das situações listadas em baixo, assinale, **por ordem**, as que melhor descrevem as características da maioria dos pais das crianças atendidas:

.....Pais economicamente carenciados

.....Pais de crianças com deficiência

.....Pais de crianças em risco

.....Pais negligentes

.....Outros (especifique)

4. Características das crianças

4.1. idades das crianças atendidas

Dos.....anos, aos.....anos

5. Lista de espera

5.1. Neste momento quantas crianças estão em lista de espera para a 1ª avaliação?

.....Crianças

5.2. Neste momento quantas crianças estão em lista de espera para iniciar?

.....Crianças

5.3. No passado ano letivo (12/13), qual foi o tempo médio de espera para que as crianças fossem atendidas?

.....

.....

.....

6. Nº de crianças anualmente atendidas

6.1. quantas crianças foram atendidas no passado ano letivo (11/12):

.....foram avaliadas esporadicamente, mas não tiveram continuidade de apoio

.....tiveram intervenção direta com periodicidade mínima mensal

7. Características específicas das crianças

7.1 Das situações listadas em baixo, assinale, por ordem, as que melhor descrevem as características da maioria das crianças atendidas:

.....Crianças com deficiência comprovada

.....Crianças com atraso de desenvolvimento de etiologia não esclarecida

.....Crianças negligenciadas

.....Crianças com problemas de comportamento

.....Crianças com atraso de desenvolvimento por deficit de estimulação

.....Outros (especifique)

.....

.....

.....

III - COORDENAÇÃO INTERSERVIÇOS

1. Há algum (s) serviço(s) com que tenha uma coordenação direta?

a) Sim b) Não

Se Sim, indique qual o(s) serviço(s) com quem existe essa colaboração (Nome(s) e tipo(s) de serviço(s)).

.....

.....

1.1. Descreva a relação entre os serviços com quem há coordenação direta.

.....

.....

.....

1.2. Assinale quais das atividades abaixo indicadas, são executadas em colaboração ou partilhadas com outro(s) serviço(s) (assinale a que se aplica):

a) Identificação dos casos

b) Avaliação inicial

c) Avaliações especializadas (indique quais).....

.....

d) Processos e registos dos casos

e) Reuniões de supervisão

g) Reuniões de estudo e orientação de casos

h) Outras atividades (indique quais).....

.....

2. Coordenação Regional

2.1. As ELI's do seu distrito estão, de alguma forma coordenadas?

a) Sim **b)** Não

Se Sim, descreva a coordenação existente a nível regional, mencionando o organismo que a assegura.

.....

.....

.....

3. O que faz a ELI no sentido de planear o futuro dos serviços para crianças com N.E.E. na comunidade?

.....

.....

.....

4. Quais são os procedimentos usuais que o programa segue quando as crianças transitam para uma estrutura pré-escolar ou escolar? (assinale a que se aplica):

- a) Envia relatório escrito
- b) Faz reuniões com os técnicos que irão receber a criança
- c) Assinala ao Ministério da Educação por escrito
- d) Informa os pais que devem pedir apoio
- e) Não faz nada

IV – OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO PIIP

1. Objetivos relacionados com as crianças

1.1. Por favor, descreva os objetivos que considera prioritários na intervenção com a maioria das crianças.

.....

.....

.....

.....

2. Objetivos relacionados com os pais

2.1. Por favor, descreva os objetivos que considera prioritários na intervenção com a família.

.....

.....

.....

.....

V – AVALIAÇÃO NO ÂMBITO DO PIIP

1. Áreas e metodologias de avaliação

1.1. A avaliação inclui a observação direta das crianças?

a) Sim **b)** Não

Se Sim, indique quantas vezes por ano e onde são realizadas?

.....
.....

1.2. Metodologia utilizada para a avaliação do desenvolvimento da criança (assinale a que se aplica):

a) Avaliação informal

b) Instrumento de referência a normas (especifique).....

.....

c) Lista de registo de comportamento (especifique).....

.....

d) Outros (especifique).....

.....

2. Em que áreas específicas são avaliadas as crianças.? (incluir apenas as áreas dos técnicos do PIP)

a) Saúde

b) Desenvolvimento global

c) Linguagem

d) Motricidade

e) Outra (especifique).....

.....

2.1. Quantas vezes são avaliadas estas áreas específicas ?

a) Trimestralmente

b) Semestralmente

c) Anualmente

d) Outra periodicidade (especifique).....

2.2. Como é que a vossa metodologia de avaliação se adapta a crianças com dificuldades ou deficiências específicas (auditivas, visuais, motores)?

.....

.....

.....

.....

3. Papel dos pais na avaliação

3.1. Normalmente é permitido aos pais observar as avaliações realizadas pelos profissionais?

a) Sim **b)** Não

3.2. Se sim e se os pais não demonstram interesse em estar presentes, os técnicos solicitam a sua presença?

a) Sim **b)** Não

3.3. Qual é a função dos pais na avaliação dos seus filhos? (Especifique detalhadamente o que se espera dos pais na avaliação)

.....

.....

.....

.....

3.4. Como são os pais informados dos resultados das avaliações? (assinale o que se aplica):

a) Oralmente

b) Por escrito

- c) De ambas as formas
- d) Não há transmissão formal dos resultados das avaliações

3.5. Também costumam avaliar outros aspetos relacionados, por exemplo, com as preocupações da família?

- a) Sim b) Não

-Se Sim, de que modo?

- a) Entrevista

b) Instrumento específico (especifique).....

- c) Ambos

4. Em que tipo de documento registam os resultados e conclusões da avaliação?

- a) Notas informais

- b) Relatório

- c) Plano Educativo Individualizado (PEI)

d) Outro

VI - INTERDISCIPLINARIEDADE

1. Quais os técnicos envolvidos nas avaliações? (incluir apenas as áreas dos técnicos da ELI)

- a) Médico

- b) Enfermeiro

- c) Assistente Social

- d) Psicólogo

- e) Ter. Fala

- f) Ter. Ocupacional

g) Fisioterapeuta

h) Educador especial

i) Outro (especifique).....

.....

1.1. Como se processa habitualmente a avaliação dos casos (quais os fatores que determinam as disciplinas envolvidas nas avaliações, timing em que os diferentes técnicos intervêm, etc.):

.....

.....

.....

1.2. O programa tem um acesso fácil e regular a um leque de avaliações especializadas?

a) Sim **b)** Não

Se Sim, especifique quais e de quem dependem os técnicos de outras especialidades.

.....

.....

1.3. Local onde se realizam as avaliações?

.....

.....

1.4. Frequência com que se fazem as avaliações?

.....

.....

2. Local onde se realiza habitualmente o apoio? Percentagem de casos.

a) Em casa (pais, ama, avó, etc.)

b) Na sede da equipa

c) No Jardim de Infância/Creche

d) Alternadamente em dois destes locais

e) Outro sítio (especifique)

3. Frequência com que se realiza habitualmente o apoio? Percentagem de casos

- a)** Semanal
- b)** Quinzenal
- c)** Mensal
- d)** Entre 1 e 3 meses
- e)** Entre 4 e 6 meses

Observações.....
.....
.....

4. Duração das sessões de intervenção precoce

4.1. Em média qual a duração de uma sessão de apoio(em qualquer dos contextos onde se realize)

- a)** Até 30 minutos
- b)** De 30 a 60 minutos
- c)** Mais de 60 minutos

5. Nº de casos por técnico

5.1. Qual o número de casos atendidos pelos técnicos da equipa?

.....
.....

5.2. Área de formação dos técnicos que fazem os acompanhamentos?

- a)** Educador
- b)** Psicólogo
- c)** Terapeuta da fala
- d)** Terapeuta ocupacional

e) Assistente Social

f) Outros (especifique).....

6. Duração média dos programas

6.1. Qual é a duração média dos vossos programas de intervenção precoce?

a) Menos de 3 meses

b) 4 a 6 meses

c) 7 a 12 meses

d) 1 a 2 anos

e) Mais de 2 anos

6.2 . Qual o critério que determina o fim do apoio prestado pela ELI?

.....

.....

VII – PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

1. A intervenção educativa obedece por norma a algum planeamento prévio?

a) Sim b) Não

- Se Sim, esse planeamento tem por base:

a) Impressões/notas resultantes da observação direta

b) Utilização de um instrumento padronizado (especifique qual).....

c) Utilização de um Currículo (especifique qual)

d) Outros.....

.....

2. Ao longo do planeamento da intervenção:

- a) São definidos objetivos para a criança
- b) São definidos objetivos para a família
- c) São definidos objetivos para ambos
- d) Não são definidos objetivos

2.1. Caso sejam definidos objetivos, com que periodicidade o são:

- a) Semanalmente
- b) Quinzenalmente
- c) Mensalmente
- d) Trimestralmente
- e) Outras (especifique).....

3. Desenvolvem, por norma, alguma forma de intervenção sistemática com a família?

- a) Sim b) Não

-Se Sim, a intervenção com a família visa principalmente:

- a) Responder aos problemas da criança
- b) Responder às preocupações da família
- c) Responder a ambos
- d) Outros objetivos (especifique).....

.....

VIII- RELACIONAMENTO PAIS-PROFISSIONAIS

1. Use, por ordem , 3 frases que descrevam a perspetiva que a equipa tem sobre a relação pais-profissionais?

.....

.....

.....

2. É habitual haver um técnico responsável de caso?

a) Sim b) Não

Se Sim, quais os critérios utilizados para escolher o profissional responsável por cada família?

.....

.....

.....

3. Qual a política seguida pela equipa relativamente ao acesso a informações individuais das crianças/famílias (quem pode ter acesso)?

.....

.....

.....

4. Qual a posição da equipa relativamente à intervenção domiciliária?

.....

.....

.....

IX - ACONSELHAMENTO E SUPORTE

1. É habitual o programa encaminhar os pais ou outros membros da família, para outras instituições ou serviços se for considerado que é benéfico um programa de aconselhamento?

a) Sim b) Não

- Se Sim, como procedem habitualmente:

- a) Dão aos pais as indicações necessárias**
- b) Manda algum relatório/informação por escrito**
- c) Acompanha os pais**
- d) Outros procedimentos habituais**

2. Qual o auxilio (assistência) dado aos pais, quanto aos seus direitos a benefícios, subsídios, etc.?

- a) Não dão qualquer auxílio
- b) Informam oralmente
- c) Informam por escrito
- d) Acompanham os pais aos serviços onde esses assuntos são tratados
- e) Outras formas (especifique).....

3. Oferecem cursos de formação para pais?

- a) Sim b) Não

Se Sim, especifique qual o conteúdo desta formação?

.....

.....

.....

3.1. Quantas vezes foram organizadas e proporcionadas formações para pais, durante os últimos três anos?

.....

.....

X – FORMAÇÃO E SUPERVISÃO DOS TÉCNICOS DA EQUIPA

1. Relativamente a todos os técnicos que integram a vossa equipa refira:

1.1. Formação básica (especifique os cursos) nº de técnicos

.....

.....

.....

2. Há alguns técnicos que tenham tido formação específica em intervenção precoce

a) Sim b) Não

Se sim, especifique quais são e que tipo de formação tiveram

3. Têm algum programa de formação em serviço para os técnicos da equipa?

a) Sim b) Não

Se sim, descreva o projeto de formação em serviço e mencione se este é feito em colaboração com algum outro serviço, especificando qual.

.....

.....

.....

.....

.....

4. Há uma supervisão regular dos casos apoiados? (excluem-se as reuniões técnico-administrativas da equipa)

a) Sim b) Não

Se Sim, por quem é assegurada essa supervisão (formação básica, categoria profissional e dependência institucional do profissional que a assegura)?

.....

.....

.....

4.1. Qual a frequência da supervisão em cada uma das categorias:

- a) Nenhuma**
- b) Semanal**
- c) Quinzenal**
- d) Mensal**
- e) 2 a 3 meses**

f) 4 a 6 meses

g) Outra.....

4.2. Duração média da supervisão

Individual.....horas.....Min.

Em grupo.....horas.....Min.

Nas sessões.....horas.....Min.

4.3. Quais destas funções são asseguradas pelo supervisor (assinale a que se aplica)

a) Assegura respeito pelos princípios do programa

b) Avalia os técnicos de intervenção precoce

c) Dá formação em serviço

d) Dá apoio profissional

e) Assegura a colaboração entre os técnicos e outros serviços

f) Faz a coordenação dos vários técnicos

g) Modela competências técnicas nas sessões de supervisão

h) Outras (especifique).....

XI – AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO PROGRAMA

1. Como registam os efeitos do programa de intervenção precoce para cada caso individual ao longo do ano e no final de cada ano letivo? (assinale a que se aplica)

a) Notas pessoais sobre as sessões

b) Relatório escrito das sessões

c) Registos das sessões em formato estandardizado

d) Entrevista à família

e) Avaliação formal do nível intelectual da criança (especifique a prova mais usada)

.....

.....

f) Avaliação regular da criança com uma lista de registo de comportamento (especifique qual)

.....

.....

g) Avaliação regular do desenvolvimento físico da criança

h) Avaliação formal dos aspetos sócio emocionais da família (especifique como a faz e que instrumentos utiliza)

.....

.....

i) Avaliação formal da qualidade da interação pais-criança (especifique como a faz e que instrumentos utiliza)

.....

.....

j) Outras formas de avaliação (especifique)

.....

.....

2. Já fizeram algum estudo longitudinal das crianças atendidas pelo programa?

a) Sim b) Não

Se sim, existe algum documento onde foi registado esse estudo?

.....

2.1. Já fizeram algum estudo pontual de avaliação dos resultados do programa?

a) Sim b) Não

Se sim, existe algum documento onde foi registado esse estudo?

.....

3. Como é que o coordenador faz a revisão sobre teorias, políticas e práticas do programa? (assinale a que se aplica)

- a) Consulta os técnicos da equipa
- b) Recolhe opiniões dos pais
- c) Consultam as opiniões de peritos independentes
- d) Outras formas (especifique)

4. Como é que a coordenação avalia o impacto do programa de intervenção nos seus utentes? (assinale o que se aplica)

- a) Aplicação de questionários de satisfação parental
- b) Aplicação de questionários aos pais sobre a eficácia do PIIP em si e na sua família
- c) Aplicação de questionários de satisfação dos técnicos sobre a metodologia do programa
- d) Aplicação de questionários aos técnicos sobre a eficácia do PIP junto das crianças e famílias
- e) Nunca o fez formalmente

4.1. Se têm procedimentos habituais de avaliação do impacto do PIIP nos seus utentes, descreva-os com o maior detalhe possível.

.....

.....

.....

.....

XII - OUTRAS QUESTÕES

1. Hoje, no nosso país, fala-se muito de intervenção centrada na família. Acha que ela é de um modo geral posta em prática? (aspetos positivos/dificuldades)

.....

.....

.....

2. Como vê hoje a situação da Intervenção Precoce em Portugal, no que diz respeito aos aspetos organizativos? (aspetos positivos / principais problemas)

.....

.....

.....

.....

3. Qual a sua opinião sobre a formação dos atuais profissionais de Intervenção Precoce? Que sugestões faz para uma formação nesta área

.....

.....

.....

.....

4. Como vê o futuro da Intervenção Precoce em Portugal?

.....

.....

.....

.....

Obrigado pela sua participação

ANEXO II

ENTREVISTA/QUESTIONÁRIO PARA TÉCNICOS

Data da Entrevista Área de Formação
Outras Formações.....Tempo de trabalho em IP

I - Avaliação

Objetivos do PIIP relacionados com as crianças

- Por favor descreva os objetivos que considera prioritários na intervenção com a maioria das crianças.

.....
.....

1. Como é geralmente realizada a primeira avaliação do caso? (especificar se está mais do que um técnico presente, se a avaliação é feita em simultâneo por mais do que um técnico ou se cada um avaliou separadamente)

.....
.....

2. Qual é a metodologia utilizada na avaliação do desenvolvimento das crianças:

a) Avaliação informal

b) Instrumento(s) de referência a normas (especifique).....

c) Lista(s) de registo de comportamento (especifique).....

d) Outros (especifique

.....

3. Os pais estão presentes quando é feita a avaliação da criança?

a) Sim (participam ativamente? Como?).....

b) Não (porquê?)

4. Qual a área de formação dos técnicos que participam na avaliação?

- a) Médico
- b) Enfermeiro
- c) Assistente Social
- d) Psicólogo
- e) Ter. Fala
- f) Ter. Ocupacional
- g) Fisioterapeuta
- h) Educador especial
- i) Outro (especifique)

5. Normalmente onde é feita a avaliação?

- a) Na sede da ELI
- b) Em casa
- c) Na creche/JI
- d) Outro local (especifique).....
- e) Em mais do que um contexto (especifique).....
.....

6. As crianças são reavaliadas regularmente?

- a) Não b) Sim

Com que frequência ? (depois da 1ª avaliação quanto tempo em média).....

7. Quem são os técnicos que fazem essa reavaliação?

- a) Médico
- b) Enfermeiro

- c) Assistente Social
- d) Psicólogo
- e) Ter. Fala
- f) Ter. Ocupacional
- g) Fisioterapeuta
- i) Educador especial
- j) Outro (especifique)

8. Pensa que as famílias gostariam que a criança fosse observada por outro(s) técnico(s)?

- a) Não b) Sim. Especifique qual
- Porquê?.....
-
-

9. Já alguma família pediu essa reavaliação?

- a) Não b) Sim
- Porquê?.....
-
-

10. No fim da(s) avaliação(s), como é que a família é informada dos resultados?

- a) Relatório escrito
- b) Informação oral
- c) Ambos
- d) Não é formalmente informada

Objetivos do PIIP relacionados com os pais

- Por favor descreva os objetivos que considera prioritários na intervenção com as famílias.

.....

.....

.....

.....

11. Também são avaliados aspetos relacionados por exemplo, com as preocupações da família?

a) Não b) Sim

- De que modo?

a) Entrevista

b) Instrumento específico (especifique)

c) Ambos

12. Em que tipo de documento foram registados os resultados e conclusões da avaliação?

a) Notas informais

b) Relatório

c) Plano Educativo Individualizado (PEI)

d) Plano Individual da Intervenção Precoce (PIIP)

II Programa de Intervenção Precoce

1. Que idade têm, em média, as crianças que está a apoiar? (Anos e Meses)

.....

2. Descreva o tipo de trabalho que é feito com as crianças no decorrer do programa de intervenção.

.....

.....

.....

.....

.....

3. A intervenção educativa obedece por norma a algum planeamento prévio?

a) Sim b) Não

3.1. Se Sim, esse planeamento tem por base:

a) Impressões/notas resultantes da observação direta

b) Utilização de um instrumento padronizado (especifique qual).....

.....

c) Utilização de um Currículo (especifique qual).....

.....

d) Outros.....

.....

3.2. Ao longo do planeamento da intervenção:

a) São definidos objetivos para a criança

b) São definidos objetivos para a família

- c) São definidos objetivos para ambos
- d) Não são definidos objetivos

3.3. Caso sejam definidos objetivos, estes são numa base:

- a) Semanal
- b) Quinzenal
- c) Mensal
- d) Trimestral
- e) Outras (especifique).....

3.4. De que forma a família participa na definição desses objetivos? (especificar se os pais estão presentes quando da definição ou se apenas assinam o documento em que os objetivos estão especificados).

.....

.....

.....

3.5. Descreva o tipo de trabalho que é feito com as famílias ao longo do programa de intervenção .

.....

.....

3.6. Houve ou há algum planeamento de intervenção com a família?

- a) Sim b) Não

3.7. São definidos objetivos para a família?

- a) Sim b) Não

3.8. A intervenção com a família visa principalmente:

a) Responder aos problemas da criança

b) Responder às preocupações da família

c) Responder a ambos

d) Outros objetivos (especifique).....

.....

4. Acha que este tipo de programa corresponde ao que as famílias desejavam para si e para a criança?

a) Sim **b)** Não

Porquê (especifique os aspetos que considera que as famílias estão mais e menos satisfeitas)?

.....

.....

5. Antes do início do programa é pedido à família opinião sobre:

a) Local do apoio

b) Horário do apoio

c) Tipo de trabalho que gostava que fizessem com a criança

d) Aquilo que a família se sente disposta a fazer com a criança

e) O que considera mais importante e urgente na intervenção com a sua criança?

f) O que considera mais importante e urgente relativamente à família?

5.1. Atualmente, onde decorrem a maioria dos apoios às crianças e às famílias?

.....

5.2. Está a ser feito algum trabalho a nível de apoio domiciliário?

a) Sim **b)** Não

5.3. Quem toma a decisão sobre a existência ou não de apoio domiciliário?

- a)** A família
- b)** Os técnicos

5.4. Com que periodicidade é na maioria dos casos realizado o apoio?

- a)** Semanal **b)** Quinzenal **c)** Mensal **d)** Trimestral **e)** Esporádico

6. As crianças acompanhadas frequentam a creche/Jardim-de-infância

- a)** Sim **b)** Não

7. Há alguma orientação dada pelos técnicos da equipa aos técnicos do estabelecimento que as crianças frequentam?

- a)** Sim **b)** Não

- Se sim, com que periodicidade

- a)** Semanal **b)** Quinzenal **c)** Mensal **d)** Trimestral **e)** Esporádico

7.1. Há reuniões periódicas entre técnicos da equipa, do contexto educativo e família? Se sim, qual a periodicidade destas reuniões?

- a)** Semanal **b)** Mensal **c)** Trimestral **d)** Semestral **f)** Anual

8. Em média no decorrer do ano letivo, quantas vezes há reuniões formais com as famílias (especificar a periodicidade/regularidade)?

.....

9. Como é que a família é informada do programa de apoio das crianças no âmbito da creche/JI?

- a)** Não é informada do que se passa
- b)** As informações são esporadicamente dadas pela educadora da sala

- c) As informações são esporadicamente dadas pela técnica da ELI
- d) Informalmente vai sendo informada por uma ou por outra
- e) Há reuniões sistemáticas com educadora da sala + técnico da ELI

10. É transmitido à família informações concretas sobre a situação atual das crianças, nos seguintes aspetos:

10.1. Ritmo de desenvolvimento?

- a) Sim b) Não

10.2. Estado de saúde física?

- a) Sim b) Não

10.3.Desenvolvimento futuro?

- a) Sim b) Não

10.4. Ajudas ou apoios que iria necessitar até à idade escolar?

- a) Sim b) Não

10.5.Ajudas ou apoios que iria necessitar na idade escolar?

- a) Sim b) Não

11. Duração das sessões de intervenção precoce:

- Em média, qual a duração de uma sessão típica de apoio (em qualquer dos contextos onde se realize)

- a) Até 30 minutos
- b) De 30 a 60 minutos
- c) Mais de 60 minutos

12. Desenvolve, por norma, alguma forma de intervenção sistemática com a família?

- a) Sim b) Não

Se Sim, a intervenção com a família visa principalmente:

- a) Responder aos problemas da criança
- b) Responder às preocupações da família
- c) Responder a ambos
- d) Outros objetivos

13. Qual o número de casos que atende atualmente?

.....

14. Que mais gostaria de acrescentar relativamente ao trabalho que desenvolve com estas crianças/famílias?

.....

.....

.....

15. É “responsável de caso” de algumas das crianças/famílias que apoia? Como foi tomada a decisão?

.....

.....

16. A comunidade envolvente participa e apoia de alguma maneira PIIP?

a) Sim b) Não

- Se sim, como é feito?.....

.....

III AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO PROGRAMA

1. Há uma supervisão regular dos casos apoiados?

a) Sim **b)** Não

1.1. Se Sim, por quem é assegurada (Formação básica, categoria profissional e dependência institucional do profissional que a assegura)

.....
.....

1.2. Qual a frequência da supervisão , duração média e funções asseguradas pelo supervisor?

.....
.....

2. Como regista os efeitos do programa de intervenção precoce para cada caso individual ao longo do ano e no final de cada ano letivo?

a) Notas pessoais sobre as sessões

b) Relatório escrito das sessões

c)Registos das sessões em formato estandardizado

d) Entrevista à família

e)Avaliação formal do nível intelectual da criança (especifique a prova mais usada)

f)Avaliação regular da criança com uma lista de registo de comportamento (especifique qual)

g)Avaliação regular do desenvolvimento físico da criança

h)Avaliação formal dos aspetos sócio emocionais da família (especifique como a faz e que instrumentos utiliza)

i) Avaliação formal da qualidade da interação pais-criança (especifique como a faz e que instrumentos utiliza)

j)Outras formas de avaliação (especifique).....

.....

3. Já fizeram algum estudo longitudinal das crianças atendidas pelo programa?

a) Sim b) Não

4. Já fizeram algum estudo pontual de avaliação dos resultados do programa?

a) Sim b) Não

5. Como é que os coordenadores do programa fazem a revisão sobre as políticas e práticas do programa?

a) Consultam os técnicos da equipa

b) Recolhem opiniões dos pais

c) Consultam as opiniões de peritos independentes

d) Outras formas (especifique).....

.....

6. Como é que avalia o programa no que concerne ao seu impacto nos utentes?

a) Aplicação de questionários de satisfação parental

b) Aplicação de questionários aos pais sobre a eficácia do PIIP em si e na sua família

c) Aplicação de questionários de satisfação aos técnicos sobre a metodologia do programa

d) Aplicação de questionários aos técnicos sobre a eficácia do PIIP junto das crianças e famílias

e) Nunca o fizeram formalmente

6.1. Se tem procedimentos habituais de avaliação do impacto do PIIP nos seus utentes, descreva-os com o maior detalhe possível.

.....

.....

.....

.....

IV - OUTRAS QUESTÕES

1. O que é para si uma intervenção centrada na família?

.....

.....

.....

.....

.....

2. Acredita na intervenção centrada na família? (explicitar)

.....

.....

.....

.....

.....

3. Como é que acha que as famílias “sentem” esta prática?

.....

.....

.....

.....

.....

4. Hoje, no nosso país, fala-se muito de intervenção centrada na família. Acha que ela é de um modo geral posta em prática? (aspetos positivos/dificuldades)

.....

.....

.....

.....

5. Como vê hoje a situação da Intervenção Precoce em Portugal, no que diz respeito às práticas? (aspetos positivos / principais problemas)

.....

.....

.....

.....

6. Qual a sua opinião sobre a formação dos atuais profissionais de Intervenção Precoce? Que sugestões faz para uma formação nesta área?

.....

.....

.....

.....

.....

7. Como vê o futuro da Intervenção Precoce em Portugal?

.....

.....

.....

.....

.....

Obrigado pela sua participação

